Rok XLII. Kraków 13 Czerwca 1903. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki dyagnostycznej Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

Rzadki przypadek gronkowcowego zajęcia skóry (*staphylococcomycosis cutis*) w cukrzycy.

Podał
Dr. Jan Studziński.

Oddawna już poznano związek, istniejący między cukromoczem a cierpieniami skóry. Z jednej strony stwierdzono fakt niezaprzeczony, że chorzy na cukrzycę znacznie częściej podlegają chorobom skórnym, niż cierpiący na inne choroby i że ustrój takiego chorego w znacznie mniejszym stopniu stawia opór zagnieżdżeniu się i wpływowi bakteryi ropotwórczych, z drugiej zaś strony zdarza się na odwrót, że niektóre schorzenia skóry mogą czasami wywołać wystąpienie cukru w moczu.

W pierwszym przypadku związek przyczynowy został do pewnego stopnia wyjaśniony dzięki badaniom Bujwida, który wykazał, że gronkowiec złocisty hoduje się lepiej na pożywkach, zawierających cukier i że pierwociny tkankowe w obecności cukru nie są w stanie go zwalczyć. Doświadczenia swoje podzielił on na kilka seryi i doszedł do wniosku, że 1) ta sama ilość gronkowców, która sama przez się nie sprowadza żadnych następstw, w obecności cukru wywołuje powstanie ropni; 2) że drażniąc tkankę cukrem w obecności gronkowców, również powstaje ropień; 3) że drażnienie tkanki cukrem po zupełnem ustąpieniu z niej gronkowców pozostaje bez następstw; 4) że po zastrzyknięciu królikowi do żyły usznej cukru i wprowadzeniu pod skórę gronkowca występuje na tem miejscu zgorzel miejscowa skóry, zupełnie podobna do wrzodów, spostrzeganych u chorych na cukrzycę. Doświadczenia te później były powtórzone i potwierdzone przez Karlińskiego[1]).

Co się tyczy pojawiania się cukru w moczu pod wpływem powstawania czyraków, to zjawisko to, spostrzegane przez Prouta[2]), Rosenbacha i innych, niektórzy podają jeszcze w wątpliwość (Jamieson[3]). Sądzę, że nie będzie od rzeczy tu zaznaczyć, iż sam Rosenbach, opisując przypadek cukromoczu u chorego na czyraki[4]), nie był widocznie pewny, czy rzeczywiście miał do czynienia z cukrzycą.

Tak przynajmniej wnioskować muszę z wcześniejszej jego pracy[5]), w której mówi, że z czyraka drogą wchłaniania cukier lub inne jakiebądź ciało bardzo redukujące, w każdym razie nie kwas moczowy, przedostaje się do krwi, a stamtąd do moczu. Jednakże sprawa ta, aczkolwiek bardzo ważna i ciekawa, wskutek braku ścisłych badań pozostaje dotyczas nierozstrzygniętą.

Przypadek poniżej opisany, spostrzegany przezemnie w kijowskiej klinice dyagnostycznej, może być włączony do tego działu chorób skórnych, które rozwijają się następczo u chorych na cukrzycę. Postać kliniczna tego zajęcia skóry była o tyle niezwykła, że tylko dzięki histologicznemu i bakteryologicznemu badaniu udało się wyjaśnić, z jakiego rodzaju cierpieniem mieliśmy do czynienia. O ile mi wiadomo, przypadek podobnego zajęcia skóry nie był jeszcze dotychczas przez nikogo opisany: z powodu więc jego rzadkości prof. Tomaszewski, który chorego widział[6]), dokonał z niego odlew (*moulage*), który znajduje się obecnie w muzeum kliniki dermatologicznej w Kijowie.

Sam przypadek przedstawia się, jak następuje:

Mendel R., lat 29. mieszczanin gub. mohylowskiej, izraelita, handlarz; początek swojej choroby odnosi on do stycznia lub lutego 1900 roku, w którym to czasie naziębił się w długiej podróży. Doświadczał on wtenczas łamania w członkach, osłabienia i dokuczliwego kaszlu. Leczył się, lecz choroba nie ustępowała; osobliwie postępujące opadanie na siłach, pomimo wzmożonego łaknienia, pragnienia, zaczęło go poważnie niepokoić. W maju tegoż roku miejscowi lekarze rozpoznali cukrzycę. Nie doznając jednakże z leczenia żadnej poprawy, chory wstąpił 7 lutego 1901 r. do kijowskiej kliniki dyagnostycznej. Przy przyjęciu stwierdzono niewielkie stłumienie odgłosu wypukowego nad szczytem prawym, wydech zaostrzony i skąpą ilość rzężeń drobnobańkowych; dobowa ilość moczu wynosiła 9,150 ctm. sześciennych, ciężar gatunkowy 1035, oddziaływanie było kwaśne, białka niema, cukru 3% (274,5 grm. na dobę), mocznika 65.8 grm., chlorków 24,3 grm. Waga 126 f. Przez cały czas pobytu w klinice pozostawał chory na obfitej dyecie białkowej i tłuszczowej (węglowodany były zupełnie wykluczone); opuścił klinikę 5 maja tegoż roku z powodu jej zamknięcia. Stan chorego w tym okresie był następujący: w płucach stwierdzono poprawę; waga ciała wynosiła 129 f. (przybrał zatem na wadze 3 f.), dobowa ilość moczu 2800 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1025, cukru lub zupełnie nie było, lub też tylko jego ślady; ogólny stan zadawalniający. Z kliniki chory pojechał do domu, gdzie do połowy czerwca czuł się nieźle, dyetę zachowywał tylko do pewnego stopnia; lecz poczynając od połowy czerwca znowu uczuł ogólne osłabienie, wystąpiły obrzęki na kończynach górnych i dolnych, oraz na twarzy i tułowiu. W połowie lipca wstąpił do szpitala w Mohylowie i tu przeleżał 3 miesiące, aż ustąpiły obrzęki; ze szpitala udał się do domu, ale już po dwóch tygodniach znowu wystąpiły obrzęki i chory, opadając coraz więcej na siłach, wstąpił po raz drugi do kliniki kijowskiej d. 28 listopada 1901 r.

Z chorób dawniej przebytych przypomina w 3-cim roku życia jakąś ostrą chorobę gorączkową; do 13 lat cierpiał na niemożność zatrzymania moczu (ten sam objaw miał miejsce w młodym wieku u jego ojca, braci i sióstr); dalej opowiada, że przed 12 laty naziębił się, go-

[1]) Traubenzucker als die Ursache der Eiterung neben Staphylococcus aureus. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde 1888. Bd. IV Nr. 19.

[2]) Jamieson: choroby skóry. Tłom. ros. 1894, str. 254.

[3]) *loco citato.*

[4]) Ueber Zusammenhang von Melliturie und Furunkelbildung. Deutsche med. Woch. 1884, Nr. 31.

[5]) Zur Lehre von der Melliturie. Bresl. ärztlich. Zeitschrift, 1881, Nr. 24.

[6]) Chory był demonstrowany również na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa syfilidologicznego i dermatologicznego (5 lutego 1902 r.) i był badany z wielkiem zajęciem przez specyalistów.

rączkował prawie pół roku i od tego czasu stale kaszle; przed 11 laty przebył bardzo ciężką odrę (choroba trwała kilka miesięcy). W wojsku służył 4 lata. Nadużywania wyskoku i przebycia kiły zaprzecza. Żonaty, ma 1 dziecko, od roku jednakże wskutek braku chuci, a także osłabienia siły płciowej nie miał stosunku z żoną; nasienie czasem jeszcze odchodzi w czasie snów lubieżnych, ale bez wzwodu prącia Ojciec chorego zmarł przed 12 laty na chorobę piersiową (chory nie umie powiedzieć, na jaką); matka zmarła przed 25 laty na suchoty. Rodzice wyskoku nie nadużywali. Chory ma 4 braci i 2 siostry — wszyscy są zdrowi.

Stan obecny. Chory małego wzrostu, budowy wątłej. Wejrzenie nieco charłacze. Na górnych i dolnych kończynach, na twarzy i tułowiu niewielkie obrzęki (przy uciskaniu palcem powstają dołki na goleniach głębokie na $^1/_2$ ctm.). Skóra i widzialne błony śluzowe — blade; na policzkach nikłe rumieńce. Wysypki, plam lub blizn na skórze niema. Gruczoły chłonne nie powiększone. Źrenice równomierne, na światło i akomodacyę oddziaływają prawidłowo; czucie dotykowe i bolowe na obu połowach ciała jednakowe i poza granice normy nie przekracza. Odruchy skórne leniwe: odruch kolanowy w nodze lewej leniwy, w prawej prawie nie istnieje. Szczyt płuca prawego w porównaniu ze stroną lewą obniżony. Przy opukiwaniu okolicy nad i pod obojczykiem prawym odgłos przytłumiono-bębenkowy, w innych zaś miejscach klatki piersiowej prawidłowy z niewielką domieszką bębenkowego. Przy osłuchiwaniu nad i pod obojczykiem, a także w okolicy nadgrzebieniowej ze strony prawej szmer oddechowy zaostrzony z niewielką ilością rzężeń wilgotnych drobno- i średniobańkowych; w innych okolicach szmer oddechowy — pęcherzykowy. Granice serca prawidłowe, tony czyste, tętno 80 na 1', dość twarde, napełnienie tętnicy zadawalniające. Miażdżyca naczyń I-go stopnia. Brzuch nie wzdęty, miękki, nie bolesny. Wątroba występuje na 2 palce z pod łuku żebrowego w linii sutkowej, miękka, mało tkliwa. Śledziona nie macalna. Dobowa ilość moczu 9000 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1035, oddziaływanie kwaśne, barwa według skali Vogla I, mocz przeźroczysty, białka nie zawiera, cukru 7% (1630 grm. na dobę). W osadzie przy badaniu drobnowidowem niewielka ilość ciałek białych i nabłonka z dróg moczowych, wałeczków niema. Zasadowość krwi obniżona: 100 mgr. ługu sodowego na 100 ctm. sz. krwi. W wypróżnieniach żadnej nieprawidłowości nie wykryto. W plwocinie prątków gruźliczych nie znaleziono pomimo wielokrotnego badania. Podczas pobytu chorego w klinice żywiono go tylko pokarmem białkowym i tłuszczowym; ku końcowi grudnia dobowa ilość moczu spadła do 2200 ctm. sz., ilość cukru do 5% (110 grm. na dobę), obrzęki znikły, stan ogólny również się poprawił.

Nagle d. 29/XII chory spostrzegł na przednio-zewnętrznej powierzchni biodra prawego kilka pęcherzyków ropnych wielkości ziarnka prosa. Przy dalszem spostrzeganiu tych pęcherzyków stwierdzono, że one się powiększały i po dojściu do wielkości $1^1/_2$ ctm. w średnicy pękały, tworząc skórne utwory barwy ciemno-różowej, miękkie, wystające nad powierzchnię skóry, płaskie, przypominające nieco wybujałe ziarniny; ze znajdujących się w nich otworów daje się wycisnąć ropa; wybujałości te przy uciskaniu są bolesne, nie krwawią, otacza je twarda obwódka nasiękowa; skóra między tymi utworami prawidłowa; rosną one wszerz, a niektóre z sobą się zlewają. Jednocześnie powstają nowe pęcherzyki ropne, które temu samemu ulegają losowi. Niektóre z nich ostatecznie miały wejrzenie brudźca (*rupia*). Utwory opisane szerzyły się w znacznej ilości na kończynach dolnych, nieco mniej na górnych i wywoływały silny świąd. Na skórze tułowia tych zmian nie było.

Kliniczny obraz zajęcia skóry nasuwał tyle wątpliwości, że postanowiliśmy dokonać wszechstronnego zbadania bakteryologicznego i histologicznego opisanych zmian w skórze. W tym celu 25/I 1902 r. wzięto ropę z dwóch pęcherzyków i poddano ją bakteryoskopijnemu i bakteryologicznemu badaniu, lecz żadnych drobnoustrojów nie znaleziono. Tegoż dnia wycięto ze skóry i ustalono w wyskoku jeden więcej dojrzały utwór, mniejwięcej dwutygodniowy, by później w skrawkach poszukiwać drobnoustrojów. Jednakże nie wykryto ich, ani przy barwieniu skrawków sposobem Ziehl-Neelsena, ani sposobem Grama, ani błękitem metylenowym. Histologiczny zaś obraz preparatu w zupełności odpowiadał obrazowi raka skórnego. Ponieważ jednak bardzo mało było dowodów klinicznych dla rozpoznawania raka skórnego, postanowiono przeto zbadać początkową formę zmiany skórnej, mianowicie 3—4 dniowy pęcherzyk ropny, podobny do tych, z których później rozwinęły się wyżej opisane utwory większe. Pęcherzyk taki wielkości główki od szpilki wycięliśmy 1/II i po ustaleniu również w wyskoku poddaliśmy badaniu histologicznemu. Porównanie drobnowidowego obrazu tych dwóch utworów, pochodzących z różnego czasu, wykazało, że podstawą tego procesu, postępowo rozwijającego się w ciągu już 6 tygodni i wywołującego pewne atypowe rozrastanie się naskórka w głąb tkanki, przypominające raka skórnego, jest osobliwe zapalenie ropne o przebiegu podostrym, z tworzeniem się pęcherzyków ropnych, umiejscowionych w górnej warstwie podłoża skóry i przechodzących na warstwę naskórkową.

Wskutek tego dnia 17/II, przy zachowaniu wszelkich ostrożności zasiano ropę z kilku pęcherzyków na rozmaitych pożywkach, zawierających 2% i 5% cukru trzcinowego, na tlenowce z rozlewaniem w płytki Petriego i na beztlenowce. Ropę, z jednego pęcherzyka wziętą, zmięszano



z wyjałowionym bulionem. Jedną połowę tej mięszaniny zastrzyknięto do jamy brzusznej królikowi, drugą morskiej śwince.

18/II. Na agarze w płytkach Petriego w termostacie, przy ciepłocie 37° C., wyrosły obfite kolonie barwy białej z szarawo-żółtym odcieniem: drobniejsze — głębokie i większe — powierzchowne. Na żelatynie kolonij tych mniej. Bulion w jednej probówce zmętniały, w drugiej pozostał przeźroczysty. Z różnych kolonij zrobiono siewy na agar glicerynowy i cukrowy, oraz na żelatynę.

19/II. We wszystkich probówkach wystąpiła czysta hodowla gronkowca złocistego ropotwórczego, stwierdzona badaniem drobnowidowem. Badanie na beztlenowce dało wyniki ujemne, królik i świnka pozostały przy życiu.

Znalezienie w ropie pęcherzyków, nie uległych pęknięciu, czystej hodowli gronkowca złocistego nasuwało dość prawdopodobne przypuszczenie, że mamy do czynienia z pierwotnem gronkowcowem zajęciem skóry, a nie z rakiem skórnym. Za takiem przypuszczeniem przemawiało również porównanie drobnowidowego obrazu utworów skórnych. Widzieliśmy tam, że na atypowe rozrastanie się naskórka w głąb tkanki należy się zapatrywać jako na sprawę wtórną, nie zaś pierwotną. Nadto rozrastanie się naskórka pod wpływem

zakażenia gronkowcowego jest rzeczą znaną. Kirch [7]) powiada, że pod wpływem tego zakażenia grubość warstwy naskórkowej zwiększa się prawie w dwójnasób i naskórek w kształcie długich pasemek sięga głęboko w tkankę. Spostrzegane przez nas ziarninowo-ropne nacieczenie podłoża skóry również licuje z obrazem gronkowcowego zajęcia skóry. Na pierwszy rzut oka dziwnem wydać się może, że nie zawsze mogliśmy wyhodować gronkowca z ropy, wziętej z pęcherzyków tak, że na razie mogliśmy nabrać przekonania, że mieliśmy do czynienia z ropieniem bezbakteryjnem. Lecz z drugiej strony znaną jest rzeczą, że gronkowce stosunkowo dość prędko giną w tkankach. Według Kircha [8]) w skórze zdrowego osobnika już po 5-ciu dniach od początku zakażenia nie można wykryć gronkowca drobnowidem w skrawkach, ani też wyhodować go z tkanek. Przy zachwianiu równowagi życiowej w ustroju tkanki mniej mogą stawić oporu szkodliwemu wpływowi gronkowców i nie są w stanie ich zabić, więc gronkowce mogą być znajdowane i po 5-ciu dniach (Aschoff [9]). Uwagi te jednak mają dla nas znaczenie warunkowe, albowiem mieliśmy do czynienia nietylko z ustrojem, skłonnym do chorób skórnych wskutek obecności w tkankach cukru, lecz może nawet jeszcze i z usposobieniem osobniczem do gronkowca, o czem można sądzić na tej podstawie, iż pomimo, że zajęcie skóry przez gronkowce zdarza się w cukrzycy stosunkowo dość często, dotychczas ani razu nie spostrzegano takiego rozprzestrzenienia i takiego rozwoju sprawy, jak w przypadku naszym

Żeby ostatecznie przekonać się, iż utwory skórne były pochodzenia wyłącznie gronkowcowego, postanowiliśmy uciec się do następującego doświadczenia:

3/III. Kawałek zdrowej skóry na lewem ramieniu tegoż chorego został odkażony, przyczem mechanicznie w części usunięto górną warstwę naskórka i na przestrzeni około 1 ctm. kw. wtarto czystą jednodniową hodowlę gronkowca złocistego, otrzymaną z posiewu ropy, wziętej z pęcherzyka. Prócz tego na odkażone miejsce na skórze ramienia prawego przeszczepiono ropę, wziętą bezpośrednio z jednego z pęcherzyków na tem ramieniu. Oba te miejsca zostały przykryte gazą wyjałowioną.

4/III. Na miejscu wtarcia hodowli wystąpiły bardzo liczne pęcherzyki ropne wielkości ziarnka maku; skóra dookoła prawidłowa. Na ramieniu prawem zmian niema. Moczu 4000 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1032, cukru 5%.

10/III. Na ramieniu lewem pęcherzyki w miejscu sztucznego zakażenia zlały się i powstały na oko takiesame utwory, jak i na innych miejscach. Na ramieniu prawem zmian niema.

17/III. Wystąpiła śpiączka cukrzycza. Tętno 100 na 1′, miernie napełnione. Zasadowość krwi: 106 mmgr. ługu sodowego na 100 ctm. sz. krwi. Odczyn Gabryczewskiego na glikogen w białych ciałkach krwi — dodatni. Moczu z połowy doby 3000 ct. sz., cukru 6·3% (189 grm.). Podskórne wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej i lewatywy z 5% rozczynu sody nie dały żadnych wyników. Chory zmarł w nocy.

Przez cały czas bytności chorego w szpitalu ciepłota ciała była prawidłowa.

Oględziny pośmiertne, dokonane w 36 godzin po zejściu dnia 19/III przez prof. Wysokowicza dały wynik następujący:

Zwłoki mężczyzny budowy miernej, prawidłowej; wychudnięcie znaczne. Na kończynach górnych, a osobliwie na dolnych, znajdują się liczne, miejscami zlewające się skórne wybujałości, wielkości od ziarnka grochu do 3½ ctm. w średnicy, barwy szarawo-brunatnej, a kształtu nieprawidłowo-okrągłego. Powierzchnia zgrubień chropawa, jak gdyby ostrupiała Większa część tych strupów łatwo się zdejmuje. Na przekroju tych miejsc widać zlekka zgrubiałą miazdrę drobnoziarnistą, pod strupem białawą. W innych wybujałościach strupiasta ta pokrywka zdejmuje się nie tak łatwo, odsłaniając powierzchnię drobnobrodawkową, miejscami zwilżoną niewielką ilością cieczy ropnej. W jednem miejscu, odpowiednio pozbawionem naskórka, daje się stwierdzić znaczniejsze zgrubienie podłoża skóry, pokrytego brodawkami wielkości ziarnka konopi. Na tułowiu, stopach i kiściach żadnych zgrubień niema. Płuco lewe przyrośnięte u szczytu, również prawe — w okolicy tylnego brzegu płatu dolnego. W płucu lewem blizko szczytu zbite ognisko wielkości orzecha laskowego z żółtawym zserowaciałym środkiem i niewyraźnymi brzegami. Zupełnie takiesame ognisko wielkości wiśni w głębi górnej części płatu dolnego. W części środkowej dostrzega się miejsce chełboczące, na przekroju ropiasto rozmiękczone, wielkości orzecha, wypełnione brudnawo-ciemną cieczą W części dolnej górnego płatu płuca prawego, wzdłuż brzegu tylnego i w miejscach innych żółtawe gruzełki, rozrzucone śród reszty tkanki włóknistej, zbitej, szaro-łupkowo zabarwionej. Wogóle zbity kawałek zajmuje około połowy płatu. W jednem miejscu w opłucnej spostrzega się płaskie bliznowate zgrubienie z lekkiem wciągnięciem powierzchni płuca w tem miejscu w kształcie pasa, szerokości 1 cent., a długości 6 cent. Płuca wogóle obrzękłe i miernie przekrwione. Serce małe, zanikowe; mięsień sercowy cienki, brunatny, wiotki. Śledziona zmniejszona, zanikowa, blada. Wątroba zmniejszona, barwy żółtawo-czerwonej, krucha. Nerki trochę powiększone, barwy żółtej, mają wejrzenie sadłowate. Trzustka znacznie zmniejszona, blada, na przekroju nieco ziarnista. Błona śluzowa przewodu żołądkowo-jelitowego cienka, obrzękła, zanikowa.

Rozpoznanie anatomiczne: *Staphylococcomycosis cutis. Atrophia pancreatis. Tuberculosis fibrosa pulmonum. Abscessus metastaticus pulmonis.*

Przy drobnowidowem badaniu narządów i utworów skórnych [10]) stwierdziłem:

W sercu niewielki zanik i fragmentacya mięśnia.

W śledzionie ciałka Malpighiego nieco zmniejszone, ściana ich naczyń w stanie zwyrodnienia szklistego; światło zmniejszone, w miąższu wiele barwnika ziarnistego brunatno-czerwonego.

W gruczołach chłonnych przekrwienie i nieznaczny przerost tkanki łącznej.

[7]) Ueber den Untergang des Staphyloccus pyogenes aureus bei der durch ihn hervorgerufenen Entzündung der Haut. Bonn, 1889.

[8]) *loco citato.*

[9]) Ueber die Einwirkung des Staphylococcus pyogenes aureus auf entzündetes Gewebe. Bonn, 1889.

[10]) Drobnowidowa część pracy i opisanie preparatów drobnowidowych wykonane zostały według wskazówek szanownego prof. Wysokowicza, za co wyrażam mu na tem miejscu serdeczną podzię̨kę.

W nerkach nabłonek obrzmiały, ziarnisty; jądra barwią się źle.

W trzustce niewielki przerost starej włóknistej tkanki łącznej. Wysepki Langerhansa spotykają się rzadko, komórki nieco zanikowe.

W płucach gniazda serowatego zapalenia płuc, dokoła zaś pojedyncze gruzełki. W jednem miejscu martwica z nacieczeniem ciałkami ropnemi; przy poszukiwaniu w tem miejscu drobnoustrojów znaleziono prątki, barwiące się sposobem Grama, trochę większe, niż prątki okrężnicy, sarcyny i gdzieniegdzie kokki, najprawdopodobniej gronkowce.

Przy badaniu młodych utworów skórnych stwierdza się u ich wierzchołka dość znaczne zgrubienie warstwy Malpighiego; brodawki powiększone, między niemi zaś powstają niewielkie naskórkowe wyrostki, dążące na różną głębokość, niekiedy nawet do warstwy gruczołów łojowych i potowych; w tych naskórkowych wyrostkach spostrzega się powstawanie i tworzenie się skórnych cebulek. Atoli dokładniejsze badanie przekonywa, że cały ten obraz głębokiego wnikania naskórka w zupełności tłómaczy się zgrubieniem i przerostem brodawek. Miejscami w warstwie naskórkowej pod samą powierzchnią dają się spostrzegać drobne ogniska, składające się z ciałek białych, jednojądrzastych ziarninowych i wielojądrzastych, mniejwięcej zwyrodniałych, o brzegach niewyraźnych, między niemi zaś masa, podobna do śluzu. Podobne ogniska napotykają się również i w warstwie brodawkowej, zwłaszcza w okolicy torebek włosowych. Ogniska, składające się z komórek okrągłych i wrzecionowatych tkanki łącznej, z mniejszą lub większą domieszką ciałek białych wielojądrzastych, umiejscawiają się w podstawie powiększonych brodawek i w samem podłożu skóry. Sięgają one nadto głębiej, tworząc zbiorowiska dokoła gruczołów potnych i naczyń. Przeistoczenie wsteczne z wytworzeniem się podobnej do śluzu masy, barwiącej się na niebiesko siniawcem kamfenowym, spostrzegać się daje nie we wszystkich miejscach nacieczenia zapalnego, lecz tylko w niektórych, przeważnie znajdujących się w podłożu skóry.

W młodych utworach, wywołanych sztucznem szczepieniem gronkowców, pochodzących z tegoż chorego, znajdowaliśmy zjawiska, zupełnie podobne do wyżej opisanych.

W utworach starych, wcześniej powstałych, dostrzegaliśmy obraz wogóle również podobny do wyżej opisanego, z tą wszakże rożnicą, że w niektórych miejscach wystąpiło w pobliżu powierzchni warstwy brodawkowej bardziej wyraźne nacieczenie ropne z oddzieleniem się naskórka od podstawy w tych miejscach.

Głębszego zaś rozrastania się naskórka w tkance podłoża i w starych utworach nie dostrzegliśmy.

Poszukiwanie gronkowców w wielu skrawkach tkanki dało wynik ujemny. Udawało się nam je wykryć i to w nader nieznacznej ilości, w skrawkach otrzymanych z młodych utworów, mianowicie w ogniskach zapalenia ziarninowo-ropnego.

Staje się tedy zupełnie zrozumiałem, dlaczego raz przy badaniu bakteryologicznem nie znajdowaliśmy nic zgoła, innym znów razem znajdowaliśmy gronkowce; wszystko zależało od wieku utworów, użytych do badania.

Z drobnowidowego obrazu badanego zajęcia skóry wynika, że mieliśmy do czynien a z osobnym rodzajem miejscowo rozlanego zapalenia skóry o charakterze zapalenia ropnego i następczego odczynowego ziarninowego. Samo badanie bakteryologiczne tych utworów, również łatwe wywoływanie zmian zupełnie podobnych przez wcieranie w skórę gronkowców, otrzymanych z tych utworów, nie pozostawia żadnej wątpliwości, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem skóry, wywołanem przez gronkowce. Szczególny rodzaj zajęcia skóry, wywołanego w naszym przypadku przez gronkowce, bardzo różniący się od zwykłej postaci zajęcia gronkowcowego, tłómaczy się podłożem, na którem gronkowiec się rozwijał, mianowicie cukrzycą.

II. Z zakładu chirurgiczno-ortopedycznego Docenta prywatnego Dra Chłumskyego w Krakowie.

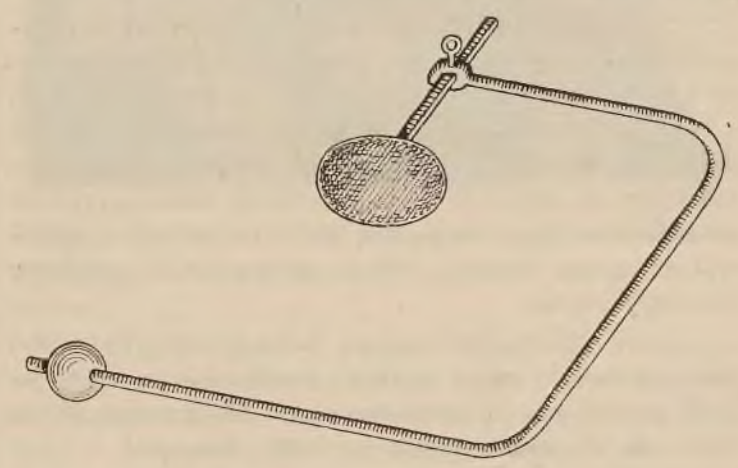
Nowa pelota, wywierająca ucisk automatycznie.

Podał
Dr. W. Chlumsky,
docent ortop. chirurg.

Każdy rzemieślnik, mający w swym zawodzie do czynienia z przyrządami i narzędziami, posługuje się najchętniej tymi z nich, które łączą dokładność działania z prostotą i taniością. Zdaje się przecież istnieć jedna gałąź zawodu ludzkiego, w której odmienne panują zwyczaje, a jest nią świeżo rozkwitająca ortopedya.

Na targ światowy rzucono tu mnóstwo przyrządów ortopedycznych, pełnych śrub, pasów i kół, które, czem więcej są skomplikowane i droższe, tem więcej bywają poszukiwane.

Zaopatrzyć się w nie, to znaczy wydać sumy, a obsługa i należyte ich zastosowanie wymaga wiele czasu, zrę-



czności i cierpliwości. Następstwem nieuniknionem jest to, że leczenie w takich zakładach jest połączone dla chorych ze znacznymi kosztami, zwłaszcza jeżeli się weźmie pod uwagę, że przeważnie ma się do czynienia z przypadkami przewlekłymi, trwającymi miesiące i całe lata.

Ta długa przedmowa niech mi wyjedna uwzględnienie, że zamierzyłem przedstawić i polecić prostą pelotę, którą od jakiegoś czasu zastosowuję w leczeniu zboczeń bocznych kręgosłupa, o ile mi się zdaje z dodatnimi wynikami. Służy ona przeważnie do uciskania garbu na przedniej powierzchni klatki piersiowej i składa się z owalnej peloty żelaznej wielkości dłoni, pokrytej pilśnią, i opatrzonej cienką sztabką żelazną długości około 30 ctm. Z tą ostatnią pozostaje w związku druga, w postaci wielkiego łuku, tej samej grubości, mierząca około $1^1/_2$ m. długości, opatrzona na przeciwnym

końcu ciężarem ołowianym, ważącym 1—3 kg.. Na tem można zakończyć opis tego prostego przyrządu.

Zastosowanie jego jest jeszcze prostsze. Pacyenta układa się na zwyczajnej równi pochyłej i przykłada się opisaną pelotę na przedni garb, ciężar zaś, umieszczony na drugim końcu łukowatej sztaby, daje się pod łóżko chorego. Pelota trzyma się pewnie i nieruchomo mocą praw fizycznych i własnym ciężarem. Wznosi się i opada jednocześnie z oddechem pacyenta i daleko mniej utrudnia ruchy oddechowe, aniżeli osławione peloty śrubowe, a pomimo to wywiera znaczny ucisk na miejsce zastosowania. Ucisk ten daje się zwiększyć przez nałożenie odpowiednich ciężarków.

Cena peloty jest niewielka; jeden z tutejszych (krakowskich) ślusarzy sporządza ją za cenę około 10 koron.

Lecz jeszcze do innego celu dałaby się ta pelota zastosować, mianowicie w niektórych przypadkach może być użytą do zastąpienia nużącej kompresyi palcami. W każdym razie jest ona conajmniej o wiele praktyczniejsza, niż większa część przyrządów, które w tym celu zostały wymyślone i sporządzone. Osobiście nie robiłem z moją pelotą jeszcze w kierunku zastąpienia uciskających palców żadnych doświadczeń; zwracam jednak na nią uwagę i mam nadzieję, że i w tym celu może ona oddać dobre usługi.

III. Z oddziału kiłowego polikliniki (Dr. Tatarczuch), kliniki dermatologicznej (Prof. Dr. Łukasiewicz) i zakładu higieny uniwersytetu (Prof. Dr. Bądzyński) we Lwowie.

Przyczynek do nauki o mleczomoczu *(Chyluria)*.

Podali

Dr. Leon Feuerstein i Dr. Kazimierz Panek.

(Ciąg dalszy).

I. Rozbiór chemiczny. Przez czas od 9. XI do 19. XII poddaliśmy rozbiorowi 27 moczów. Mocze te oznaczyliśmy liczbami porządkowemi I—XXVII.

Rozbiory, których dokonaliśmy, dzielą się na następujące grupy:

a) proste stwierdzenie obecności białka i tłuszczu; próby na pepton i albumozy; próby na cukier; wytrawienie tłuszczu eterem, odparowanie wyciągu eterowego i zachowanie pozostałości do dalszego badania tłuszczów;

b) oznaczenie ilościowe białka zapomocą metody wagowej;

c) oznaczenie ilościowe tłuszczów w przybliżeniu zapomocą odważenia odparowanego i wysuszonego wyciągu eterowego;

d) oznaczenie ilościowe tłuszczów zapomocą wytrawiania w przyrządzie ekstrakcyjnym Soxhleta;

e) oznaczenie ilościowe składników moczu, zebranego przez przeciąg 24 godzin;

f) oznaczenie ilościowe składników tłuszczu

Wszystkie badane mocze były poddane próbom, zaznaczonym pod *a)*. Inne oznaczenia były wykonane tylko w niektórych próbach moczów, o ile ilość dostarczonego moczu z pojedynczych okresów na to pozwalała.

Prócz tego wykonaliśmy jeszcze kilka innych oznaczeń, jak to wynika zresztą z poniżej na tablicach przedstawionych wyników rozbioru, zestawionych podług porządku, w jakim były wykonane [3]).

Tablica II.

Nr.	Data	Ilość cnt. sz.	Barwa	C. g.	Oddziaływanie	Białko	Tłuszcze	Peptony albumozy cukier
I	9 XI, 3 w nocy	100	mleczno-biała	1.028	kwaśne	0.75%	około 1.21%	—
II	11 XI, 5 rano	230	»	1.026	»	+	+	—
III	12 XI, 1 w nocy	300	»	.	»	+	+	—
IV	13 XI, w nocy	194	»	1.022	»	+	około 1.36%	—
V	14 XI w nocy	175	»	1.026	»	+	około 0.66%	—
VI	15 XI, 5 rano	145	»	1.027	»	+	około 1.85%	—
VII	16 XI, 1 w nocy i 5 rano	250	biała z żółtym odcieniem	1.026	»	+	około 0·15	—
IX	17/18 XI	1125	winowo-żółta	1.025	»	—	—	—
X	18/19 XI	900	»	1.029	»	—	—	—
XI	19/20 XI	1100	»	1.027	»	—	—	—
XII	20/21 XI	955	»	1.026	»	—	—	—
XIII	22 XI w nocy	850	biała z żółtym odcieniem	1.016	»	+	+	—
XIV	25 XI w nocy	75	mleczno-biała	1.030	»	+	+	—
XVII *a)*	28/29, XI 2 po poł i 9 rano	425	winowo-żółta	1.016	»	—	—	—
XVII *b)*	4 po poł., 6·45 i 10 wiecz., 1·45 po poł., 6 r. i 12 w poł.	1940	biała z żółtym odcieniem	1.010	»	+	+	—
XIX *a)*	30 XI/1 XII dzienna	1500	winowo-żółta	1.016	»	—	—	—
XIX *b)*	nocny	220	biała z żółtym odcieniem	1.015	»	+	+	—
XXI	nocne z d. 5/6 i 6/7 XII	.	» — »	.	»	+	+	—
XXII	nocne z d. 7/8 i 8/9 XII	570	— » —	.	»	+	+	—
XXIII	9/10 i 10/11 XII	520	— » —	1.026 1.027	»	+	+	—
XXIV	11/12 i 12/13 XII	490	— » —	1.028	»	+	+	—
XXV	13/14, 14/15 i 15/16	930	— » —	.	»	+	+	—
XXVI	16/17	260	— » —	1.020	»	+	+	—
XVII *a)*	18/19 i 19/20 nocne	.	winowo-żółta	.	»	—	—	—
XXVII *b)*	18/19 i 19/20 nocne	.	biała z żółtym odcieniem	.	»	+	+	—

W powyższej tablicy nie uwzględniliśmy moczów, w których oznaczyliśmy stosunki ważniejszych składników, odnośnie do przemiany materyi u chorego. Oznaczeń takich wykonaliśmy cztery: dwa przy dyecie zwykłej, dwa zaś — przy przeważnie tłuszczowej. Wyniki tych oznaczeń podajemy poniżej, oddzielnie do każdego z nich.

[3]) Za miły obowiązek poczytujemy sobie złożenie na tem miejscu słów podzięki prof. Bądzyńskiemu za cenne rady, których nam w opracowaniu części chemicznej nie szczędził.

Tablica III.

Nr.	Ilość w cent. sz.	Barwa	C. właściwy	Oddziaływanie	Składniki prawidłowe: Siarkany całkowite (SO_3)		Siarkany związane (SO_3)		Chlorki (NaCl)		Fosforany (P_2O_5)		Wapń (CaO)		Mg. (MgO)		Kwas mocz. (M. Hopkinsa)		N. całk. (m. Kjeld.)		Mocznik		Składniki nieprawidłowe: Tłuszcze (Soxhl)		Białko		Globuliny	
					L. absolutne	%	L. abs.	%	L. abs	%	L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%	L. abs.	%
*1) Mocz Nr. VIII, z d. 16/17 XI. **Dyeta zwykła.** Dzienne porcye (VIIIa) prawidłowe, nocne (VIIIb) mleczne.*																												
VIII*a*	800	winowo-żółta	1.025	kwaśne	1.03	0.129	.	.	12.64	1.58	1.176	0.147	0.126	0.016	.	.	0.444	0.056	8.672	1.084	.	.	—	—	—	—	—	—
VIII*b*	235	mleczno-biała	1.030	»	.	.	.	.	4.066	1.73	0.482	0.205	.	.	.	.	0.143	0.061	2.582	1.095	4.864	2.07	1.093	0.465	1.683	0.716	.	. .
VIII *a+b*	1035	.	.	»	.	.	.	.	16.71		1 658		.		.		0.588		11.254				1.093		1.683			
*2) Mocz Nr. XV z d. 26/27 XI. **Dyeta zwykła.** XVa — porcye prawidłowe, XVb — mleczne.*																												
XV*a*	990	winowo-żółta	1.024	kwaśne	1.495	0.151	.	.	15.48	1.72	1.435	0.145	0.233	0.024	.	.	0.401	0.041	14.74	1.439	28.315	2.86	—	—	—		—	
XV*b*	240	mleczno-biała	1.034	»	.	.	.	.	2.64	1.10	0.725	0.302	.	.	.	.	0.150	0.062	4.12	1.842	9.30	3.459	0.859	0.358	0.475	0.198	0.317	0.132
XV *a+b*	1230	.	.	»	.	.	.	.	18.12		2.16	.	.	.	.	.	0.55		18.86		37.61		0.859	.	0.475		0.317	
*3) Mocz Nr. XVI z d. 27/28 XI. **Dyeta przeważnie tłuszczowa.** XVIa — mocze prawidłowe, XVIb — mleczne.*																												
XV *a*	730	winowo-żółta	1.021	kwaśne	0.934	0.128	.	.	9.709	1.33	1.036	0.142	.	.	0.046	0.006	.	.	.	.	15.769	2.16	—		—		—	
XVI*b*	380	mleczno-biała	1.024	»	.	.	.	.	5.005	0.91	1.435	0.261	0.143	0.026	.	.	.	.	8.577	1.559	17.35	3.156	**6.622**	**1.204**	3.118	0.569	1.062	0·195
	170	biała z żółtym odcieniem	1.028	»																								
XVI *a+b*	1280	.	.	»	.	.	.		14.71	.	2.47	.	.		.	.	.	.	.	.	33·12	.	**6.62**		3.118		1.06	
*4) Mocz Nr. XVIII z d. 29/30 XI. **Dyeta przeważnie tłuszczowa.** XVIIIa — mocze prawidłowe, XVIIIb — mleczne.*																												
XVIII*a*	850	winowo-żółta	1.023	kwaśne	1.172	0 150	0.127	0.015	6.545	0.79	1.207	0.142	0.131	0.015	ślad		0.255	0.030	5.95	0.7	5.617	0.661	—		—		—	
XVIII*b*	400	biała z żółtym odcieniem	1.026	»	1.261	0·117	0.290	0.027	7.633	0.71	1.631	0.152	0.176	0.016	0.032	0.003	0.258	0.024	7·55	0.702	15.67	1.458	0.972	0.243	0·608	0.15	.	
	675	mleczno-biała	1.024																				**4.548**	**0.664**	1.822	0.27	0·583	0.086
XVIII *a+b*	1925	.	.	»	2.53	.	0.417	.	14.178	.	2.838		0·307		.		0.513		13.50		21.287	.	**5.52**	.	2.43		.	

Zestawiając wyniki powyżej podanych rozbiorów, dochodzimy do następujących wniosków.

Mocze dzienne o barwie winowo-żółtej zawierały zawsze tylko składniki prawidłowe. Próby wykazania obecności tłuszczu w tych moczach pod jakąkolwiekbądź postacią — dawały zawsze wynik ujemny. W moczach mniej albo więcej białych, oddawanych przeważnie nocną porą, które nazywać będziemy „mleczowymi“, stale, prócz składników prawidłowych, znajdowało się białko i tłuszcz. Cukru w żadnym z moczów nie można było wykazać. Co się tyczy rodzaju białka, nie udało się nam w żadnym z moczów wykryć obecności peptonu i albumoz. Natomiast w bardzo dużej ilości spotkaliśmy globuliny, które wynosiły od 31·5 do 66·6% całej ilości białka. Ilość białka w moczach mleczowych wynosiła od 0·198 do 0·71%.

Ilość tłuszczu wahała się od 0·358 do 1·204%. Pomijamy tu dane, otrzymane zapomocą ważenia odparowanych i wysuszonych wyciągów eterowych (od 0·15 do 1·85%), a opieramy się wyłącznie na liczbach, otrzymanych zapomocą przyrządu Soxhleta.

Wpływ dyety przeważnie tłuszczowej na wydzielanie się tłuszczu był bardzo wyraźny. Wynik podawania tłuszczów nie odbijał się jednak tylko na odsetkach wydzielanego tłuszczu (przy dyecie zwykłej 0·358—0·465%, przy tłuszczowej 0·664—1·204%), ale — i to w znaczniejszym stopniu — na ilościach porcyj moczu, zawierających tłuszcz, a oddawanych przez przeciąg 24 godzin. Podczas gdy bowiem przy dyecie zwykłej mocz mleczowy ukazywał się jeden raz na dobę (w nocy), to przy dyecie tłuszczowej otrzymywaliśmy na dobę do sześciu porcyj mniej albo więcej białych; podczas gdy przy dyecie zwykłej ilość wydzielonego na dobę tłuszczu wynosiła 0·859—1·093 grm., to liczby te przy dyecie tłuszczowej wzrastały do **5·52—6·62**.

Ilości białka, występującego w moczach mleczowych, nie dają się ująć w ścisłe prawidła; zdają się jednak być niezupełnie zależnemi od ilości współcześnie wydzielanych tłuszczów. Bo gdy w moczu VIII na 0·465% tłuszczu przypada 0·71% białka, to w moczu XVI widzimy na 1·204% tłuszczu, 0·567% białka, a w moczu XVIII na 0·664% tłuszczu, 0·27% białka. Jednakowoż ilość ogólna białka, wydzielonego w ciągu doby, wzrasta wyraźnie z ilością wydzielonych moczów mleczowych, czyli w danym przypadku przy dyecie przeważnie tłuszczowej; ilości te wahają się przy dyecie zwykłej na dobę od 0·475—1·668 grm., przy dyecie tłuszczowej zaś od 2·43—3·119 grm.

Ciężar gatunkowy jest zupełnie niezależny od tego, czy mamy do czynienia z moczem prawidłowym, czy mleczowym. W 12-tu spostrzeganych pod tym względem moczach mleczowych c. g. wynosił 1010 do 1034 (średnio 1·025), a w 11-tu prawidłowych 1016—1030 (średnio 1·024).

Oddziaływanie wszystkich moczów badanych było wyraźnie kwaśne.

Barwa moczów mleczowych zależała zawsze od ilości zawartego tłuszczu. Pod koniec pracy doszliśmy pod tym względem do pewnej wprawy tak, że na podstawie samej barwy byliśmy zazwyczaj w stanie oznaczyć w przybliżeniu ilość zawartych w moczu tłuszczów.

Ilość moczu, wydzielanego w ciągu doby była w trzech przypadkach nieco zmniejszoną, w jednym zwiększoną. Oliguryi większego stopnia nie spostrzegaliśmy.

II. Przemiana materyi. Jak z wyżej przytoczonych rozbiorów chemicznych wynika, poświęciliśmy przy czterech moczach uwagę składnikom, wydzielanym przez przeciąg 24-ch godzin. W dwóch przypadkach zastosowaliśmy przytem dyetę zwykłą, w dwóch innych tłuszczową. Kierowaliśmy się myślą, że liczby, w ten sposób uzyskane, mogłyby dać nam pewne wskazówki co do ewentualnych zmian w przemianie materyi chorych na mleczomocz, a chcieliśmy zarazem porównać je z liczbami, otrzymanemi przez innych autorów.

Dla łatwiejszego zoryentowania się ułożyliśmy następującą tabliczkę, w której podajemy obok prawidłowych ilości ważniejszych składników moczu, wydzielanych w ciągu doby (podług Hammarstena 10), liczby, otrzymane przez nas.

	Mocz prawidłowy	Mocze przy mleczomoczu			
		Dyeta zwykła		Dyeta tłuszczowa	
Ilość moczu .	1500 ccm.	1035	1230	1280	1925
Chlorki NaCl .	15.0	1671	18.12	14.714	14.177
Fosforany P_2O_5	2.5	1658	2.16	2.47	2.838
Mocznik . .	30.0	—	37.61	33.12	21.28
Kwas moczowy	0.7	0.587	0.551	—	0.513

Uwzględniając ilości moczu, wydzielanego przez 24 godzin, widzimy, że: 1) ilość chlorków przy dyecie zwykłej była znacznie zwiększoną, przy dyecie tłuszczowej prawidłową, względnie lekko zmniejszoną; 2) ilość fosforanów prawidłową; 3) ilość mocznika zwiększoną przy dyecie zwykłej, zwiększoną, albo zmniejszoną przy tłuszczowej.

Wogóle przy dyecie tłuszczowej, t. j. przy zwiększonem wydzielaniu mleczowych moczów, ważniejsze prawidłowe składniki były wydzielane przeważnie w prawidłowej, albo lekko zmniejszonej ilości, z wyjątkiem magnu, którego ilość była uderzająco mała.

III. Rozbiór tłuszczów. Tłuszcz, przeznaczony do badania, otrzymano przez wytrawienie eterem moczów mleczowych. Po odparowaniu eteru rozpuszczano tłuszcz na łaźni wodnej i przesączano w cieplarce przy 60° przez suchy sączek. Pozostałość na sączku przedstawiała się jako osad brunatny, skorupowato twardniejący przy oziębieniu. Pozostałość ta rozpuszcza się w eterze znacznie trudniej, niż tłuszcz stopiony; oczyszczona zapomocą przemycia eterem z domieszek łatwo topnego tłuszczu, przedstawia się jako masa trudno topna, rozpuszczalna dość łatwo, zwłaszcza przy miernem ogrzaniu w roztworze ługu sodowego. Z roztworu tego strąca się za dodaniem kwasu solnego aż do oddziaływania kwaśnego osad brunatny, kłaczkowaty, zbierający się na powierzchni cieczy. Mała ilość tej substancyi nie wystarczała na bliższe jej określenie pod względem chemicznym. Najprawdopodobniej mieliśmy tu do czynienia z mięszaniną kwasów monooxystearynowych, wyosobnionych w tychsamych warunkach przez Erbena.

Ilość tłuszczu przesączonego wynosiła około 25 grm. Przy rozbiorze chemicznym otrzymano następujące dane:

Barwa tłuszczu . . . . . blado-żółtawa;
punkt topienia . . . . 39°;
liczba kwasowa . . . . 4·52;

liczba zmydlenia	. . . .	205·12;
„ eterowa	. . . .	200·60;
„ Reichert-Meissla	. . . . .	4·75;
„ Hehnera	. . . .	93·95;
„ jodowa	. . . .	35·01;
p. topienia nierozp. kwasów	. . . .	39°.

Do oznaczenia cholesteryny i lecytyny użyto 15.8167 grm. tłuszczu. W tym celu zmydlono całą tę ilość tłuszczu, wytrawiono wodny roztwór mydeł eterem w przyrządzie Schratza i odparowano wyciąg eteryczny. Pozostałość przemyto alkoholem, zakwaszonym kwasem solnym, celem rozpuszczenia domieszki mydeł; osad krystaliczny (wysuszony i zważony) okazywał własności i odczyn cholesteryny. Otrzymano 0·0153 grm. cholesteryny. Pozostały roztwór mydeł odparowano z dodatkiem sody i małą domieszką saletry, następnie spalono ostrożnie w tyglu srebrnym i stopiono, dodając saletry małemi ilościami aż do usunięcia węgla. Stop rozpuszczono w gorącej wodzie, zaprawiono kwasem azotowym i strącono molybdenianem amonowym. Po zebraniu osadu na sączku, przemyciu i rozpuszczeniu w amoniaku, strącono kwas fosforowy mięszanką amonowo-magnową. Ilość otrzymanego $Mg_2P_2O_7$ wynosiła 0·0074, odpowiadając 0·05257 lecytyny.

Z dat powyżej przytoczonych obliczono dla tłuszczu:

zawartość kwasów tłuszczowych wolnych	. . .	2·105%
„ całej ilości kwasów tłuszczowych	. .	95·497%
„ kwasów tłuszcz. rozpuszczalnych	. .	1·547%
„ „ „ nierozpuszczalnych	.	93·95 %
„ gliceryny	. . . .	10·972%
„ cholesteryny	. . . .	0·097%
„ lecytyny	. . . .	0·39 %

Liczby, otrzymane przez nas, zgadzają się w przybliżeniu z liczbami, podanemi przez Erbena; znaczniejsze różnice zachodzą w liczbach Reicherta, kwasowej i jodowej. Różnice te przypisać należy najprawdopodobniej tej okoliczności, że w naszym przypadku otrzymywał chory przez większą część okresu, w którym tłuszcz zbierano, znaczne ilości mleka i masła, podczas gdy w przypadku Erbena chory znajdował się na dyecie mięszanej. Świadczyłoby to więc za przechodzeniem do moczu, ewentualnie do mlecza, znaczniejszej ilości niezmienionych tłuszczów składowych masła, co zresztą i doświadczenia nasze z jodypiną potwierdzają.

IV. Doświadczenie z jodypiną. Dnia 18 i 19 do XII. podaliśmy choremu jodypinę: mocze nocne, mleczne, zlano razem, wytrawiono eterem i odparowano wyciąg eterowy. Mocze dzienne oddziaływały wyraźnie na jod; tożsamo i pozostałość po wyciągu eterowym. Prócz tego wykryliśmy w sposób następujący jod i w samym tłuszczu: tłuszcz wytrawiony przemywaliśmy na sączku zwilżonym tak długo, póki przesącz wykazywał odczyn na jod. Tak przemyty tłuszcz zmydlono i z dodatkiem podwójnej ilości wodnika sodu spalono w tyglu srebrnym, a następnie przy równoczesnem dodawaniu saletry stopiono. Stop rozpuszczono w wodzie na gorąco, roztwór przesączono. Przesącz okazywał bardzo silny odczyn na jod.

V. Badanie drobnowidowe. Kropla moczu mleczowego przedstawia się pod drobnowidem na szkiełku przedmiotowem, przykrytem nakrywkowem, w sposób następujący: W pierwszej chwili wpadają w oczy drobniutkie kuleczki, poruszające się nader szybko. Otrzymuje się wrażenie, że są to szybko poruszające się bakterye. Po chwili jednak spostrzega się, że kuleczki te silnie załamują światło, a ruchy ich odpowiadają opisywanym jako charakterystyczne dla limfy „ruchom Browna".

Na tle drobniutkich kuleczek, zajmującem całe pole widzenia, tu i owdzie spotkać można następujące postacie:

1) Pojedyncze kule tłuszczu, które szybko zmieniają swoje wejrzenie i przyjmują kształt brył, silnie łamiących światło, o nieregularnych, pomarszczonych, morwowatych zarysach (stężały tłuszcz?).

2) Pojedyncze ciałka białe i bardzo nieliczne ciałka czerwone. Ciałka białe są tu przeważnie jednojądrzaste, wielojądrzaste występują nader rzadko.

3) Pojedyncze przybłonki płaskie.

4) Dość liczne kryształki szczawianu wapniowego.

Tensam obraz stale się powtarzający widzimy i w wiszącej kropli.

Po scentryfugowaniu moczu zbiera się na dnie rurki osad w bardzo skąpej ilości. Kropla takiego osadu, oglądana pod drobnowidem, przedstawia obraz podobny do wyżej opisanego; różni się tylko znacznie większą ilością leukocytów. Kropla moczu, traktowana płynem Flemminga, przyjmuje zabarwienie lekko szarawe, nie można jednak stwierdzić, aby wyżej opisane drobniutkie kuleczki przyjmowały zabarwienie wybitnie ciemne. Jeżeli mocz stoi przez czas dłuższy, obraz drobnowidowy zmienia się o tyle, że na pierwszy plan występuje dążność do krystalizacyi: bardzo liczne kryształki szczawianu wapniowego i również liczne kryształki kwasu moczowego wpadają przedewszystkiem w oczy. Obfita ilość kryształków szczawianu wapniowego pozostaje najprawdopodobniej w związku z małą ilością soli magnowych, których ilość, jak wiadomo, przyczynia się do rozpuszczalności szczawianu wapnia w moczu.

Jeżeli mocz mleczowy wytrawimy eterem, następnie oddzielimy wyciąg eterowy, a pozostałość przez czas pewien pozostawimy w spokoju, to na dnie naczynia zbierze się osad, w którym prócz wyżej podanych kształtów spotykamy bardzo często i dość gęsto kryształki, występujące w postaci igieł, ułożonych nieregularnie, pojedynczo i w skupieniach gwiazdkowato, a przypominające wejrzeniem kryształki tyrozyny. Nie udało się nam rozpoznać natury tych kryształków.

Żadnych morfotycznych składników, któreby świadczyły o schorzeniu nerek, nigdy nie spostrzegaliśmy.

Nigdy też pomimo pilnego poszukiwania w tym kierunku nie widzieliśmy niczego, coby nam przypominać mogło części jakiegokolwiek pasorzyta. Większość preparatów sporządzaliśmy w kilka do 12-tu i więcej godzin po oddaniu moczu; raz jeden spostrzegaliśmy mocz natychmiast po oddaniu (o 1-ej w nocy). Nie zauważyliśmy żadnej wybitnej różnicy, zależnej od pory badania.

VI. Badanie krwi. Krew naszego chorego badaliśmy kilkakrotnie. Pierwsze preparaty otrzymaliśmy z żyły łokciowej (p. str. 8) natychmiast po oddaniu przez chorego moczu mleczowego; następne — przez nakłócie palca igłą. Ustalaliśmy je zazwyczaj w wyskoku i eterze, rzadziej w sublimacie i płynie Flemminga. Preparaty krwi świeżej, niebarwione i barwione metodą Ehrlicha, taksamo jak i preparaty, ustalone jednym z powyższych sposobów, nie różnią

się niczem od preparatów krwi prawidłowej. Kuleczek tłuszczu nigdy nie spostrzegaliśmy.

I ilość ciałek krwi, obliczona kilkakrotnie, trzyma się w granicach prawidłowych.

Kol. Kučera sporządził dla nas łaskawie ze świeżej krwi 6 hodowli na rozmaitych pożywkach; wszystkie pozostały zupełnie jałowemi. (Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr Adam Langie. **Popularna higiena wzroku.** Kraków, 1903. Nakładem księgarni D. E. Friedleina 8°, 212 stron druku.

Już sam tytuł tej książki budzi w czytelniku pewną ciekawość i to chociażby tylko dlatego, że, jak wiadomo, piśmiennictwo polskie jest dotychczas bardzo ubogie w dzieła o treści popularnej. Zanim jednak postaram się dać ocenę niniejszego dziełka, wpierw chciałbym podać krótką treść jego.

Książka, poprzedzona przedmową autora, słowem wstępnem prof. Gałęzowskiego i wstępem, zawierającym w krótkości niezbędne dla zrozumienia przez laików wiadomości z anatomii i fizyologii oka, dzieli się na XIII rozdziałów. W rozdziałach tych autor omawia higienę oczu, począwszy od urodzenia aż do późnej starości. Każdemu okresowi życia, jak: niemowlęctwo, pierwsze dzieciństwo, okres szkolny, wiek młodzieńczy, dojrzały i podeszły, poświęcony jest osobny rozdział, stanowiący całość.

Dalej następują rozdziały, poświęcone higienie wzroku, wspólnej dla osób każdego wieku, higienie przy wadach refrakcyi, wpływowi światła, wpływowi przeróżnych zawodów na oczy, zaraźliwym chorobom ocznym i wreszcie wpływowi chorób ogólnych ustroju na wzrok. Już tutaj podnieść muszę, że tego rodzaju podział wydaje mi się bardzo odpowiednim, gdyż każdy znajdzie z łatwością to, co go najbardziej interesuje i to temwięcej, że poszczególne rozdziały tworzą same dla siebie całość. W poszczególnych rozdziałach opracował autor obszerniej ropotok noworodków, przyczem autor zastanawia się szczegółowo nad sposobami ochronnymi i podnosi karygodne pod tym względem niedbalstwo akuszerek i rodziców, jak również brak należytej kontroli ze strony lekarzy urzędowych nad oczami noworodków. Dalej w rozdziale „Higiena szkolna w okresie szkolnym“ przedstawia autor powstawanie krótkowidzenia w szkołach, urządzenie ławek, klas, oświetlenia i t. p., następnie zwraca uwagę na naukę czytania, pisania, rysunków i robót ręcznych W ostatecznym wniosku o sposobach zachowania warunków higienicznych w szkołach podnosi autor ważność i konieczność zaprowadzenia lekarzy szkolnych.

Następnie traktowany jest wpływ zołzów na oczy, — ogólne sposoby zapobiegawcze, polepszenie warunków życiowych, kolonie lecznicze i wakacyjne.

W rozdziale higieny wzroku u dorosłych są przedstawione błędy, popełniane powszechnie przy pracy, lekceważenie szkodliwych wpływów na oczy, wpływ tytoniu i alkoholu, partactwo popełniane przez nielekarzy, leczących choroby oczne środkami uniwersalnymi „Higiena wzroku w wieku podeszłym“ zawiera uwagi o najczęstszych w tym okresie chorobach, jaskrze i zaćmie, obok ustępu, wyjaśniającego dalekowidzenie *(presbyopia)* i sposób dobierania szkieł do pracy.

Osobny rozdział poświęcony wpływowi klimatu, powietrza, wiatru, przeciągów, trybu życia itd., jakoteż szkodliwości, działających w równej mierze na oczy w każdym okresie życia.

Bardzo obszernie jest opracowany rozdział o wpływie światła, a osobne w nim ustępy są poświęcone warunkom, jakich wymaga higiena wzroku od różnych rodzajów światła sztucznego.

Szczegółowo też obrobionym jest rozdział o wadach refrakcyi, zakończony historyą okularów, opisem własności optycznych, wad i zalet różnych szkieł, używanych w okulistyce dla poprawienia tych wad. W końcu są przedstawione bardzo szkodliwe następstwa, wynikające z dobierania sobie szkieł przez publiczność na własną rękę, bez zasięgania porady lekarza.

Może najobszerniej traktowany jest rozdział o wpływie różnych zawodów na oczy. Tu przedstawione są poszczególne szkodliwości, związane ściśle z pewnemi pracami zawodowemi. Nadto zwraca autor uwagę, jak mało dotychczas zrobiono dla ochrony tysięcy robotników, zmuszonych dla chleba pracować w najgorszych warunkach higienicznych i na brak ustawowej ich ochrony.

W rozdziale o chorobach zaraźliwych oczu podaną jest szczegółowo profilaktyka jaglicy, tak częstej w naszym kraju, i omówione są okoliczności, które sprzyjają zarażeniu się nią, jak również ropotokiem dorosłych i błonicą.

W ostatnim wreszcie rozdziale omówiony jest związek przyczynowy wielu chorób ogólnych ustroju z chorobami ocznemi, znaczenie zmian na dnie oka dla rozpoznania chorób wewnętrznych, oraz wskazówki, jak postępować należy, aby przy ciężkiej chorobie ustroju nie zaniedbać możliwych zmian w głębi oczu, które po wyzdrowieniu z choroby podstawowej stają się nieraz powodem upośledzenia wzroku, a nawet ślepoty. Tutaj też przedstawionym jest brak skutecznej profilaktyki chorób wenerycznych, a w szczególności kiły.

W „Zakończeniu“ widzimy jeszcze raz zebrane pokrótce najważniejsze postulaty, jakich się domaga nowoczesna higiena wzroku, aby zapobiegać dającym się uniknąć przypadkom ociemnienia.

Jak z przytoczonej pokrótce przezemnie treści omawianej książki wynika, podjął się autor pracy o szerszym zakroju i starał się w niej poruszyć prawie wszystkie kwestye, tyczące się higieny wzroku. Rozdziały pojedyncze napisane są z całą świadomością rzeczy, a autor, nie wdając się w drobnostkowość, porusza w nich najważniejsze postulaty i zasady higieny wzroku. Tytuł książki i bezpretensyonalność autora, wypowiedziana w jej przedmowie, w której wyraźnie podnosi, że książkę tę wydaje dla ogółu inteligencyi, a nie specyalnie dla lekarzy okulistów, którym i tak nie zbywa na bardzo dobrych i znanych cudzoziemskich podręcznikach higieny wzroku, zwalnia mnie już temsamem, jako sprawozdawcę, od szczegółowej krytyki naukowej poszczególnych rozdziałów. Jedynem pytaniem, jakie sobie przy ocenie tej pracy uczynić muszę jest to, czy i jak autor, wierny swemu założeniu, wywiązał się ze swego zadania.

Zanim jednak odpowiem na to pytanie, nasuwa mi się wprzód inne, a mianowicie, czy popularyzacya poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej ma wogóle swoje uzasadnienie. Jakkolwiek dałoby się na ten temat wiele powiedzieć, to jednak zdaje mi się, że na pytanie to należy odpowiedzieć twierdząco, jakkolwiek popularyzacya nauk ścisłych w ręku niedoświadczonego staje się zawsze mieczem obusiecznym, gdyż do tego potrzeba niejako osobnego daru. W dostępnem bowiem przedstawieniu przedmiotu musi autor zniżyć się niejako swym umysłem do tych, którzy mają z pracy jego korzyści czerpać. I zdaje mi się, nie przesądzam sprawy, jeżeli twierdzę, że często autor, przyzwyczajony do pisania prac naukowych, nie osiągnąłby dodatnich wyników na polu ich popularyzacyi. Dzieło popularne znajduje czytelnika nieprzygotowanym i musi go zapoznać z wiadomościami wstępnemi, a dzieło takie, jak właśnie to, o którem piszę, musi potrącić o szczegóły z anatomii, fizyologii, optyki i t. p. I w tem właśnie tkwi już pierwsza trudność, gdyż nic nie jest tak łatwem, jak już w samym początku zniechęcić czytającego, a temsamem rozminąć się z swym celem.

Przyznać należy, że autor potrafił bardzo szczęśliwie ominąć te trudności i wyszedł z nich zwycięzko, a rzecz

cała, napisana językiem płynnym, wyłożona jasno, nie mozoląca czytelnika teoryami. Książka ta dzięki tym przymiotom, jak i treściwości, może zająć każdego, a co najważniejsze, napisana, jak to już wpierw wspomniałem, bez żadnej przesady, staje się dla każdego zrozumiałą.

Z niej jednak odniesie korzyść nietylko ogół czytelników, ale może ona oddać wielką przysługę kolegom praktykom, którzy mogą z niej poinformować się w każdej chwili o najważniejszych sprawach, tyczących się higieny tak ważnego narządu.

Jeżeli wreszcie dodam, że i lekarz okulista znajdzie w niej niejedno przypomnienie spraw żywotnych naszej specyalności, a traktowanych przez autora ze stanowiska nowoczesnej okulistyki, a zarazem, że przeczytanie tego dziełka sprawi każdemu okuliście miłą i pożyteczną rozrywkę, to sądzę, że temsamem oddaję kol. Langiemu całkowite uznanie, na jakie on sobie przez napisanie tej książki zasłużył. *Dr. Bałłaban.*

V. Wyciągi.

Valentini (Gdańsk). **Systematyczne przeciwgorączkowe leczenie duru brzusznego piramidonem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 16, 1903). Na zasadzie 19 przypadków duru brzusznego, w którym podawano piramidon, dochodzi autor do następujących wniosków: *a)* zapomocą nieprzerywanego (dniem i nocą) podawania piramidonu w odstępach dwugodzinnych, można u każdego chorego na dur sprowadzić ciepłotę ciała albo zupełnie, albo conajmniej prawie zupełnie do stanu prawidłowego. Następstwem tego jest znaczna poprawa tętna i sfery umysłowej, co znów pociąga za sobą ułatwienie pielęgnowania takich chorych. *b)* Niekorzystnego działania ubocznego nie zauważono. *c)* Wprawdzie piramidon nie jest środkiem swoistym, w każdym jednak razie korzystnie wpływa na przebieg duru. *d)* Najodpowiedniejsza dawka jest wówczas, jeśli po niej ciepłota wraca do normy: u dzieci wystarcza 0·10—0·20 piramidonu co dwie godziny; u dorosłych 0·30—0·40 według ciężkości przypadku. Z początku można śmiało podawać i takie dawki, po których następuje nadmierny spadek (35°) ciepłoty; — szkoda nie wyniknie z tego żadna. Jeśli przez kilka dni trwa stan bezgorączkowy, można dawkę zmniejszyć. *e)* Skoro się przypuszcza, że okres gorączki minął, można dla próby raz lub dwa razy przerwać podawanie piramidonu; — zupełnie się zaś nie podaje, jeśli ciepłota już jest stale prawidłową. *Dr. H. Pisek* (Podgórze-Kraków).

O. Wandel i O. Hoehne. **Mechaniczne wyjaławianie gumowych rękawiczek i ich zastosowanie w praktyce.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 9). Zwykłem energicznem zmywaniem wodą z mydłem można doszczętnie wyjałowić w przeciągu 2—3 minut najbardziej zakażone rękawiczki. Powinno się zawsze zważać na ich gładkość, gdyż chropowatość wymaga dłuższego mycia. Po użyciu należy zaraz zmyć z wierzchu, wywrócić, oczyścić podobnie wewnętrzną powierzchnię, wysuszyć, posypać łojkiem i zawinąć każdą rękawiczkę z osobna w kawałek gazy, lub płócienka. Autorowie stwierdzili całym szeregiem hodowli przeróżnych drobnoustrojów chorobotwórczych pewność podanego przez nich sposobu wyjaławiania. *Dr. Grzybowski.*

W. Albert. **Kolpeuryza przy uwięźnięciu zgiętej w tył macicy.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 12). W razie nieudania się ręcznego odprowadzenia uwięzłej macicy należy wprowadzić zwykły balon Brauna do pochwy między macicą, a dnem miednicy, wypełnić wodą (od 200—600 grm.), a macica wyprostuje się sama w krótkim czasie. Zbyteczne tu są wszelkie gwałtowniejsze zabiegi, sprowadzające tak łatwo poronienie. Balon można pozostawić w pochwie przez kilkanaście godzin, lub całą dobę. *G. Grzybowski.*

Mendel (Essen). **Bezpośrednie opukiwanie nadbrzusza, jako pomocniczy środek rozpoznawczy przy wrzodzie żołądka.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1903, Nr. 13). Autor tuszy, że znalazł środek rozpoznawczy nietylko dla wątpliwych przypadków wrzodu żołądka, lecz także dozwalający na każdorazową kontrolę wyniku leczenia. Jeśli młoteczkiem do opukiwania wykonywujemy krótkie, lekkie uderzenia o nadbrzusze przy nienapiętych powłokach brzusznych, to wobec wrzodu żołądka łatwo natrafimy na punkt, gdzie i najlżejsze uderzenie wywołuje silny ból z mniej lub więcej silnym bólem następowym. Jeśli dalej opukujemy nadbrzusze promienisto ze wszystkich stron w kierunku do tego punktu bolesnego, oznaczając wszelkie punkty, które okazują się najpierw za bolesne, dostaniemy najczęściej, łącząc te wszystkie punkty razem, miejsce okrągłe, śród którego i najlżejsze opukiwanie jest bolesne, podczas gdy na zewnątrz od tej granicy i silniejsze uderzenia nie wywołują bolu. Oczywiście, że ta granica bolesna położeniem swojem i wielkością nie musi dokładnie odpowiadać wrzodowi, ale zapomocą bezpośredniego opukiwania odnajdziemy wrzód i tam, gdzie obmacywanie żołądka niczego nie wykazuje; wstrząsanie bowiem, wywołane bezpośredniem opukiwaniem, rozszerza się falisto we wszystkich kierunkach, a podrażnienie bolesne odczuje wrzód żołądka w miejscu jego siedziby. To miejsce bolesne zmniejsza się ciągle w czasie gojenia się wrzodu i znika po wygojeniu się; wtedy dopiero można przejść do nieco stalszych pokarmów.

Opukiwanie bezpośrednie nadbrzusza jest również cennym środkiem pomocniczym dla rozpoznania wrzodu dwunastnicy, który o wiele częściej się zdarza, niż się zwykle mniema i często bywa zapoznanym. Według zdania autora mężczyźni w każdym wieku chorują na wrzód dwunastnicy o wiele częściej, aniżeli kobiety. Tu często brak bolesności na ucisk, chorzy żalą się tylko na bole w nadbrzuszu, występujące regularnie popołudniu i w pierwszej połowie nocy, a więc w kilka godzin po jedzeniu. Zapomocą opukiwania młoteczkiem znajdujemy bezpośrednio po prawej stronie od smugi białej i nieco poniżej od środka pomiędzy łukiem żebrowym a pępkiem ściśle ograniczone miejsce bolesne wielkości florena, które w przeciągu leczenia się zmniejsza i wreszcie znika. Naturalnie, że i przy innych sprawach bolesnych w nadbrzuszu można bezpośredniem opukiwaniem oznaczyć miejsca bolesne, lecz nie są one nigdy tak ściśle ograniczone, jak przy wrzodzie. Bezpośrednie opukiwanie nigdy nie jest szkodliwe; oczywiście, że bezpośrednio po krwotoku należy być ostrożnym z każdem wstrząsaniem wrzodu. Lecz we wszystkich przypadkach wątpliwych wrzodu żołądka i dwunastnicy bezpośrednie opukiwanie jest cennym środkiem dla sprawdzenia rozpoznania i dokładnego spostrzegania przebiegu gojenia się. *Dr. Fels* (Lwów).

Kapsammer. **Zwężenie rzeżączkowe jako punkt wyjścia chłoniako-mięsaka opuszki cewki moczowej** (*lymphosarcoma bulbi urethrae*). (*Wiener klinische Wochenschrift* 1903, Nr. 10). Chory 69-letni przebył przed laty lekką rzeżączkę; od 5 lat doświadczał trudności w oddawaniu moczu. Na międzykroczu wyczuć można było rurkowatą, twardą, modzelowatą bliznę. Zastosowano sondowanie zgłębnikiem metalowym i chory miał się lepiej. Po pewnym czasie znowu wystąpiły trudności w oddawaniu moczu, a blizna modzelowata stała się wyraźniejszą; po 14-tu dniach doszła do wielkości guza wielkości pięści, a szczególnie rozrosła się w ostatnich dniach tak szybko, że mimo braku objawów zapalnych rozpoznano ropień okołocewkowy. Przy operacyi nie znaleziono żadnej jamy ropnej, lecz tkankę chorobową, która w obrębie opuszki i części błoniastej zupełnie zajmowała dolną część cewki moczowej, w gruczole krokowym zaś nie było przerzutów. Badanie wyciętej tkanki wykazało utkanie chłoniako-mięsakowe. Chory umarł, sekcyi nie wykonano. Podobnych przypadków jest w piśmiennictwie dwa: jeden Schwartza, który opisuje mięsaka u chłopca 16-letniego w temsamem miejscu, a przedtem nie było ani rzeżączki, ani urazu, lecz punktem wyjścia były gruczoły Cowpera. W przypadku drugim Königa była rzeżączka, zapalenie pęcherza, zwężenie z naciekiem moczowym i przetoka z ziarniną; wytworzył się rak płaskokomórkowy. *B. Żmigród.*

Kilian. **Usunięcie spinki z dolnego płatu lewego płuca drogą naturalną.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1903, Nr. 11). Autor święci tryumf podanej przez siebie bronchoskopii w tym przypadku. Pacyentowi, ubierającemu się na występ koncertowy, wymknęła się trzymana w zębach spinka kostna i wpadła do tchawicy. Prócz lekkiego duszenia się, które szybko minęło, żadnych objawów nie było, chory odśpiewał swą partyę solową. Następnego dnia było tylko uczucie jakiegoś ciała obcego, które się przy oddychaniu poruszało, oraz podrażnienie do kaszlu. Badanie wykazywało osłabienie szmerów oddechowych po stronie prawej, rzężenia drobne w szczycie prawym i wypuk nieco krótszy; płuco lewe nie okazywało żadnych zmian. Po poprzedniem oglądnięciu krtani i tchawicy zwierciadełkiem krtaniowem aż do rozdziału, oglądnął autor bronchoskopem płuco prawe, które nie zawierało ciała obcego, chociaż zmiany przedmiotowe przemawiały więcej za obecnością ciała w płucu prawem. Przy oglądaniu lewego oskrzela dostrzegł spinkę bardzo głęboko w oskrzelu, leżącą poziomo tak, że oskrzele nie było nią zupełnie zatkane. Autor wyjął ją haczykiem Listera; wysokość jej wynosiła 11 mm., szerokość podstawy 13,5 mm., a główki 7 mm.; znajdowała się ona w odległości 31—32 ctm. od zębów górnych. Zastosowanie prześwietlania byłoby tu bezcelowe, gdyż serce zasłaniało miejsce, gdzie była spinka. Co prawda, sądzi autor, chory

mógłby przy sprzyjających warunkach tę spinkę wykrztusić, ale kto wie, jakie zmiany do tego czasu w płucach onaby wywołała. O wiele więc lepiej jest w tych przypadkach usuwać ciała obce górną bronchoskopią. *B. Żmigród.*

Singer (Wiedeń). **O skurczowem zaparciu stolca.** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14, 1903). Autor odróżnia dwie postacie tego cierpienia, objawową i idyopatyczną (swoistą), — w pośrodku zaś pomiędzy przypadkami następowego zaparcia stolca, a tymi pochodzenia czysto nerwowego, należy umieścić te przypadki, które pojawiają się w przebiegu zaburzeń ze strony narządu moczopłciowego; przypadki na tle czysto nerwowem występują jedynie w przebiegu neurastenii i histeryi, jakkolwiek zaznaczyć wypada, że kurczowe zaparcie stolca może się czasem pojawić zupełnie jako cierpienie samoistne, bez histeryi lub neurastenii. W wyczerpujący sposób są skreślone istota cierpienia, objawy, rozpoznanie i leczenie zaparcia stolca. Z objawów przedmiotowych na szczególniejszą uwagę zasługuje kurczowe ściągnięcie się zwieracza wewnętrznego i bolesne punkty w rozmaitych okolicach brzucha, — tu i owdzie pojawiają się także kurcze kiszkowe, pozorujące niedrożność jelit, w następstwie czego odchodzi nierzadko zbity śluz, lub skrzepy krwi, jak to było w przytoczonym przez autora przypadku. W leczeniu nie odgrywa dyeta tak ważnej roli, jakby się zdawać mogło; atoli za błąd uważa autor podawanie w takich przypadkach, — jak to jeszcze niejednokrotnie się dzieje, — środków przeczyszczających; główny natomiast nacisk trzeba kłaść na wilgotno-ciepłe okłady, wlewania oliwy, a nadewszystko znakomicie działa wilcza jagoda; od kilku lat autor wprowadza do jelita odchodowego z dobrym skutkiem zgłębniki angielskie. *Dr. H. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Kobrak. **O pląsawicy pochodzenia gośćcowego i jej przeciwgośćcowem leczeniu.** (*Archiv für Kinderheilkunde* 1903, T. 36). Wobec licznych a przekonywających nowszych prac w tym kierunku nie możemy — według zdania autora — dłużej powątpiewać o ścisłym związku między gośćcem a pląsawicą. Najbardziej przekonywającymi są przypadki, w których oba cierpienia w ciągu lat występują naprzemian z wielokrotnymi nawrotami; przypadki te są może częstsze, niż dotąd przypuszczano, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że pląsawica może być pierwszym objawem usposobienia gośćcowego, a prawdziwy gościec stawowy dopiero w nieco starszym wieku się przyłącza. Na punkt ten zwrócił uwagę pierwszy H. Meyer, który dowiadując się o losach pląsawiczych chorych bez uprzednich objawów gośćcowych, u 4 (na 15) stwierdził później pojawienie się gośćca stawowego. Autor opiera swoje spostrzeżenia na materyale poliklinicznym: w przeciągu lat 7 zgłosiło się 122 chorych z pląsawicą, z tych tylko 34 było wolnych od gośćca. Typowy rozwinięty gościec stawowy z wysokiem podniesieniem ciepłoty i obrzękiem stawów jest u dzieci stosunkowo rzadki, częściej spotykamy się z przebiegiem nierozwiniętym o ciepłocie podgorączkowej, bólach w stawach bez równoczesnych obrzęków. O naturze gośćcowej tych przypadłości świadczy szybkie oddziaływanie na przetwory salicylowe. Jako bramę, przez którą następuje zakażenie gośćcowe ustroju, uważają nowsi autorowie (Meyer, Menzer) pierścień limfatyczny połyku. Tamtędy dostaje się według Meyera jad swoisty (teorya paciorkowców); według Menzera rozmaite rodzaje jadów mają zdolność wywoływania objawów gośćcowych. Nieraz spotykamy też odczyn miejscowy połyku: obrzęk i zaczerwienienie; również zrozumiałem jest, że dzieci, cierpiące na przerost migdałków, łatwiej ulegają zakażeniu gośćcowemu. Także i w pląsawicy możemy nieraz stwierdzić zapalenie gardła bądź równocześnie z samym początkiem choroby, bądź też już w przebiegu rozwiniętej pląsawicy. Fakta te były znane już dawniej, jakkolwiek nie zwracano na nie szczególniejszej uwagi.

Za gośćcowem pochodzeniem pląsawicy świadczy również częstsze pojawianie się jej w tych porach roku, w których i gościec częściej występuje, t. j. w miesiącach zimnych i wilgotnych. Szczegół ten jest ważny ze względu na klimatyczne leczenie pląsawicy. Ciepły południowy klimat, którego skuteczność uznana jest w cierpieniach gośćcowych, będzie również i dla chorych pląsawiczych wskazany. Również należy uwzględniać porę roku, jeżeli mamy oceniać skuteczność tego lub owego środka leczniczego.

Te niewątpliwe powinowactwa między obu cierpieniami nie wystarczają jednak, aby wytłómaczyć powstawanie pląsawicy w danym przypadku. Prawdopodobnie niezbędnem jest usposobienie ze strony układu nerwowego. Ztąd częstość pląsawicy w rodzinach o obciążeniu nerwowem i przewaga liczebna u dziewcząt, u których wogóle cierpienia nerwowe, nie zaś gośćcowe są częstsze, niż u chłopców. Tem tłómaczy się również najczęstsze występowanie pląsawicy w latach, poprzedzających okres pokwitania. Co do leczenia, to autor stwierdził, że w przypadkach typowej gośćcowej pląsawicy leczenie przeciwgośćcowe (aspiryna) właściwsze jest od podawania arsenu. W przypadkach, w których nie można było tła gośćcowego wykazać, okazał się arsen niejednokrotnie bardzo skuteczny. Aspirynę zalecają autorowie francuscy w przebiegu pląsawicy w dawkach znacznych (kilka razy dziennie po 1,0); zwykle środek ten nie sprowadza żadnych następstw; autor jednakże przy dużych dawkach stwierdził niekiedy objawy zapadu, niewątpliwie spowodowanego aspiryną. Pod względem zapobiegania rozwinięciu się zapalenia wsierdzia środki nasze lecznicze są do dnia dzisiejszego zupełnie bezsilne. Oprócz leczenia wewnętrznego bardzo użyteczne są niekiedy zabiegi wodolecznicze. Proste zawijania mokre działają uspokająco na układ nerwowy; o wiele energiczniej działają zawijania, połączone ze znacznem poceniem. Wady serca stanowią przeciwwskazanie dla tego zabiegu. *Dr. T. Żeleński.*

Prof. Dr. E. Hofmeister. **Nowy system mięsienia (masowania).** (*Neue Therapie. Beiträge zur klin. Chirurgie*. Bd. 36, 1903). W zastępstwie mięsienia ręcznego poleca autor wypróbowaną w stu przypadkach w klinice Prof. Brunsa metodę rytmicznego zanurzania kończyny, na której mięsienie ma być wykonane, w zwykłej płynnej rtęci. Do naczynia stosownego kształtu wlewa się trzy litry rtęci, na powierzchnię której dolewa się trochę 30% alkoholu. Następnie, to zanurzając kończynę na chwilę, to wyciągając ją, sprowadzamy raz bezkrwistość, którą wywołuje silny ucisk ciężkiej rtęci na kończynę, to znowu przekrwienie, zatem efekt, który odpowiada idealnie wykonanemu mięsieniu. Obrzmiała ręka po półgodzinnem mięsieniu tym systemem klęśnie; skóra przedtem czerwona i napięta blednie i wiotczeje; wreszcie i ruchy palców sztywnych, które przedtem były prawie zniesione, powracają do normy. Kończynę, na której znajduje się zranienie, należy poprzednio zaopatrzyć plastrem, lub papierem gutaperkowym.

Dr. Włodz. Serkowski (Stryj).

Stefanowicz. **W sprawie wchłaniania się substancyi skrobiowatej w doświadczalnem zwyrodnieniu skrobiowatem wątroby.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1902). Autor wstrzykiwał królikom i kurom dwa razy tygodniowo 3-dobową hodowlę bulionową gronkowca złocistego i otrzymywał już w końcu pierwszego miesiąca znacznie rozwinięte zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych. Następnie wkładał on kawałeczki, wycięte z wątroby, śledziony i nerek, uległych zwyrodnieniu skrobiowatemu do włosowatych rureczek z celoidyny i wprowadzał je do tkanki podskórnej zdrowych tegoż gatunku zwierząt. Wkrótce w odpowiedniem miejscu powstawało zapalenie i wrastanie do rureczek młodej ziarniny, w której już po 10 dniach dały się wykazać nowowytworzone naczynia i komórki olbrzymie. Komórki tkanki ziarninowej, zwłaszcza olbrzymie, wchłaniały powoli substancyę skrobiowatą; następnie ulegała ona rozpadowi i wreszcie znikała, zostawiając ziarna, które przypominały substancyę szklistą i dawały odczyn ujemny na tego rodzaju substancyę. W następnych doświadczeniach starał się S. wyjaśnić, jaki wpływ ma zapalenie nie na wycięte kawałki, lecz na całą wątrobę, uległą zwyrodnieniu skrobiowatemu. Wywoławszy u królików i kur rozległe zwyrodnienie skrobiowate narządów wewnętrznych, wycinał on po otworzeniu jamy brzusznej kawałki z brzegu wątroby i następnie, odstąpiwszy nieco od brzegu, przypalał wątrobę rozżarzonym drutem metalowym. Okazało się, że z 5 zwierząt, zabitych na 40—106 dzień po operacyi, tylko u jednego można było wykazać ślady substancyi skrobiowatej w wątrobie; u innych zaś 4 nie dała się ona wykazać zupełnie. Nasuwała się jednak myśl, że substancya skrobiowata znikała wskutek usunięcia przyczyny, gdyż St. po operacyi już nie wstrzykiwał zwierzętom hodowli gronkowca. W celu kontroli wstrzykiwał S. hodowlę tego drobnoustroju 5 zwierzętom w ciągu miesiąca, a następnie zabijał je na 40—100 dzień po ostatniem wstrzykiwaniu. Wyniki były następujące: w jednem doświadczeniu wątroba wykazywała rozległe zwyrodnienie skrobiowate; w jednem zawierała bardzo mało substancyi skrobiowatej, w 3 zaś innych wcale jej nie zawierała. Najszybsze wchłanianie substancyi skrobiowatej spostrzegał St. w komórkach naczyń włosowatych, gdzie pierwoszcza komórek wątrobowych przylegała ściśle do substancyi skrobiowatej. Wobec tego S. przypuszcza, że komórki wątrobowe odgrywają ważną rolę w wysysaniu substancyi skrobiowatej. S. mniema wreszcie, że i u ludzi z usunięciem przyczyny zwyrodnienie skrobiowate może samo przez się zniknąć. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łangowoj. **Leczenie chorych, dotkniętych gruźlicą i kiłą.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1902, Nr. 20). Przeciwkiłowe leczenie rtęcią i jodkiem potasowym chorych, dotkniętych jednocześnie gruźlicą i kiłą, wielu z klinicystów uważa za szkodliwe. Docent Łangowoj (Moskwa) przytacza dwa spostrzeżenia, w których swoiste leczenie zakażenia mięszanego dało wyniki dodatnie. U jednego chorego, dotkniętego gruźlicą płuc i kiłą, nastąpił po wcie-

raniach szaruchy i zażywaniu jodku potasowego przybytek na wadze ciała, zwiększenie się liczby krwinek czerwonych i hemoglobiny we krwi, oraz polepszenie przedmiotowe i podmiotowe objawów płucnych. Drugi chory cierpiał na gruźlicę płuc, początkowe objawy wiądu rdzenia i podejrzane owrzodzenia w krtani (chory przebywał kiłę); w tym przypadku po leczeniu swoistem owrzodzenie krtani zupełnie zabliźniło się, waga ciała podniosła się, ogólny stan i miejscowe zmiany wykazały polepszenie. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Bogdanik. **Urazowe pęknięcie jelita grubego.** (*Klin. therap. Wochenschrift* 1903, Nr. 10). Chory, którego skrzynia uderzyła w brzuch, zemdlał. Badanie wykazało bolesność dotykową brzucha, brak wzdęcia, tętno nieco przyspieszone, wyraz twarzy cierpiący. Wymioty wystąpiły raz tylko, stolec skąpy, bez wiatrów, leczenie zachowawcze. W 14 godzin po urazie chory umarł. Sekcya wykazała na przedniej ścianie jelita zstępującego, w bliskości zagięcia esowatego, ranę okrągłą, do której wchodził mały palec; rana ta była zatkana fasolą; nadto trochę kału w jamie brzusznej i rozpoczynające się zapalenie otrzewnej. Rozpoznanie w tym przypadku było trudne; właściwie jedynym objawem były wymioty, bo zemdlenie, znaczny ból i wrażliwość dotykową brzucha odnieść można także do zwykłego urazu brzucha, gdzie niema pęknięcia jelita; także bez znaczenia dla rozpoznania była trudność w oddawaniu moczu; a zniknięcia stłumienia wątroby lub wystąpienia stłumień autor nie znalazł. Brak tego tłómaczy B. zatkaniem otworu przez fasolę, wskutek czego gazy, zawarte w jelitach, nie mogły ujść; a mogło być także przedarcie jelita, ale tylko aż do otrzewnej, a otrzewna pękła dopiero przed śmiercią. Ponieważ leczenie tych przypadków zachowawcze daje 100% śmiertelności, przeto radzi autor w każdym przypadku podejrzenia pęknięcia jelita przystąpić do otwarcia jamy brzusznej w kilka godzin po urazie. *B. Żmigród.*

Pospiełow. **Uproszczona metoda leczenia przewlekłych zapaleń wysiękowych opłucnej.** (*Wojenno-Miedicinskij Żurnał* 1902, listopad). W jednym przypadku ropnego zapalenia opłucnej stosował P. przepłókiwanie worka opłucnowego fizyologicznym rozczynem chlorku sodowego (metoda Lewaszewa). Nie mając przy sobie żadnego przyrządu aspiracyjnego, wziął P. grubą igłę (na wzór igły przyrządu Potaina) i połączył tępy jej koniec z rurką gumową, długości prawie 100 ctm.; zatem zacisnąwszy rurkę u samej igły, wprowadził tę ostatnią do worka opłucnowego i wydaliwszy z rurki powietrze, opuścił koniec jej do naczynia z rozczynem kwasu karbolowego. Wypuściwszy w ten sposób z worka opłucnowego przeszło $1^1/_2$ litra ropy płynnej, zacisnął P. dolny koniec rurki i przeniósł go do naczynia z fizyologicznym rozczynem chlorku sodowego; naczynie następnie podniesiono na wysokość 100 ctm. nad łóżkiem, wskutek czego rozczyn chlorku sodowego zaczął przechodzić do worka opłucnowego. Pierwszym razem zrobił P. tylko dwa przepłókania w ciągu $^1/_2$ godziny. Podczas następnych przepłókiwań wprowadzano igłę w poprzednie miejsce nakłucia. W ciągu miesiąca dokonał P. 7 przepłókiwań, każdorazowo 3—4 razy, nim ciecz, zawierająca się w worku opłucnowym, nie stała się przeźroczystą. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dr. Eiselsberg. **W sprawie doszczętnego leczenia wgłobienia jelit.** (*Archiv Langenbecka* T. 69, Z. 1 i 2, 1903). Na podstawie własnego doświadczenia z 13 dokładnie spostrzeganymi i leczonymi przypadkami wgłobienia jelit, przemawia E. za całkowitem wycięciem jelit wgłobionych. Częściowe wycięcie należy zachować tylko dla tych przypadków, w których wgłobienie schodzi bardzo nizko. Odwgłobienie zaś samo radby widział zachowane wyłącznie dla chorych, już bardzo wyniszczonych swem cierpieniem. Gdyż zresztą nawet tam, gdzie odwgłobienie udaje się z przyczyn, które obszernie w pracy swej autor wyłuszcza, dodaje on całkowite wycięcie części zmienionych, z następowem osiowem zeszyciem jelit. W jego przypadkach było: wgłobienia przewlekłego 7 przypadków, ostrawego 3, ostrego 3. Anatomo-patologicznie zaś: *invaginatio enterica* 2 razy, *ileo-colica* 10, *colico-rectalis* 1 raz. Przyczyną wgłobienia było: 3 razy *polyposis*, 1 raz zwężenie bliznowate, 2 razy *lymphosarcoma*, 1 raz *carcinoma*, a 6 razy bardzo długa krezka kiszki grubej. Z owych 12 chorych, leczonych całkowitem wycięciem (mimo udałego 5 razy odwgłobienia części wgłobionych), 1 umarł skutkiem operacyi, 2 po 3-ech, względnie 6 tygodniach, skutkiem uwiądu ogólnego, 9 wyzdrowiało. *Herman.*

Dr. L. Feilchenfeld. **O ostrożności przy znieczulaniu chloroformowem.** (*Ctrbl. für Chir.* 1903, Nr. 7). Poraz wtóry zaleca F., aby ludziom z przypadłościami nerwowemi ze strony serca, podawać na kilka dni przed znieczuleniem chloroformowem po kilka kropel *trae strophanti* i *trae digitalis aa.* U ludzi zaś ze sprawami patologicznemi w mięśniu sercowym zaleca się napar naparstnicy, letnie kąpiele, względnie gazowe, wstrzykiwania strychniny i t. d. *Herman.*

Dr. M. Strater. **W sprawie operacyjnego leczenia zastarzałych złamań rzepki.** (*Ctrbl. fur Chir.* 1903, Nr. 5). Tam, gdzie jest duży rozstęp odłamków, radzi S. przeciąć ścięgno mięśnia czworogłowego uda w kształcie litery Z. i przez przesunięcie wydłużyć ścięgno, poczem łatwo udaje przybliżyć odłamki. W przypadku autora, gdy i to nie wystarczyło, dodatkowo oddłutował guzowatość goleni i odłamki zeszył (szwem metalowym okrążającym). *Herman.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo lekarska Tow. lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 8. grudnia 1902.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 12.

1. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie podkomisyi (Dr. Śliwiński, Doc. Dr. L. Korczyński, Doc. Dr Lemberger), delegowanej do zbadania stanu fabryki K. Rzący i Chmurskiego w zakresie wyrobu sztucznych wód leczniczych. Ze sprawozdania tego wynika, że fabryka, jak dotąd prowadzona jest wzorowo i że do sporządzania wód leczniczych używaną bywa woda destylowana z wodociągu miejskiego. Po nadto fabryka ta zajętą jest także wyrobem tak zwanych wód leczniczych normalnych, które Prof. Dr. Jaworski osobiście kontroluje.

2. Jednemu z producentów pudrów leczniczych, osobliwie w zakresie porostu włosów, uchwalono odpisać, że Komisya nie może zająć się ocenieniem takich wyrobów, gdzie w widoczny sposób nie jest zaznaczony skład chemiczny polecić się mającego wyrobu i że producent wykazać się winien upoważnieniem władz rządowych do wykonywania przedsiębiorstwa.

3. Ażeby módz uczynić zadość życzeniu Komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. lwowskiego, uchwalono przesłać tejże Komisyi spis przetworów, dotychczas przez Towarzystwo lekarskie krakowskie uznanych i poleconych, po ponownem zbadaniu przez odnośnych referentów.

4. W myśl uchwały, powziętej na posiedzeniu w dniu 21 listop. 1901 r., podjęte zostały w Klinice chorób wewnętrznych dalsze doświadczenia z kreosalbiną wyrobu Dra Karwackiego. Z doświadczeń tych wynika, że jest to związek białka z 40% kreozotu. Ma on to pierwszeństwo przed innymi przetworami kreozotowymi, że w soku żołądkowym się nie rozkłada, a pod wpływem soku trzustkowego rozkłada się bardzo powoli, czem różni się znakomicie od innych przetworów kreozotowych, a w szczególności od kreozotalu. Wszyscy chorzy, których do doświadczeń użyto, znosili przetwór ten dobrze, z wyjątkiem odbijania i przemijającej biegunki, które niekiedy się przydarzały. Tylko w jednym przypadku po wyżyciu 9·0 gram. kreosalbiny (trzy razy dziennie po 0·50 gram.) zmniejszyła się znacznie ilość wolnych siarkanów w moczu, wobec czego lek ten na kilka dni wstrzymano. Wogóle działał on korzystnie na poprawę łaknienia, na zmniejszenie ilości rzężeń i na zmniejszenie ilości plwocin. Również zmniejszała się w plwocinach ilość laseczników Kocha i drobnoustrojów im towarzyszących. Na podstawie tych doświadczeń uchwalono zawiadomić Dra Karwackiego, że kreozalbina jest środkiem leczniczym, który w wielu przypadkach gruźlicy płucnej, nawet u ludzi młodych, może zadziałać korzystnie i w późniejszych okresach gruźlicy.

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 21 kwietnia 1903 r.

Przewodniczący w zastępstwie nieobecnego kol. Reissa kol. Schwarz. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1). Kol. Pacyna przedstawia znanego chorego z *sarcomatosis cutis*, u którego cierpienie nowy przybiera charakter. Ponieważ dotąd mimo najrozmaitszych okładów i wewnętrznego podawania po 12 pigułek azyatyckich dziennie à 0,0075 zmiany nie ustępowały, bole się utrzymywały i potęgowało się ogólne wyniszczenie chorego, zmniejszono do połowy dawkę arsenu i zastosowano rozpylanie na zajęte miejsca rozczynu: *mentholi* 2,00, acidi acet. dil 50,00, spirit. coloniens., spirit. vini aa 25,00, poczem po krótkotrwałych gwałtownych bólach wszelkie dolegliwości ustąpiły na dziesięć dni. Rozpylanie stosowano co dzień, lub co drugi dzień, a podczas tego nietylko nie pokazał się żaden nowy guzek, ale bardzo wiele starych uległo zanikowi, pozo-

stałe zaś znacznie przybladły. Wewnętrzne badanie nie wykazało u chorego żadnych zmian oprócz wyniszczenia i obrzęku wątroby.

Dalej przedstawia kol. Pacyna chorego z *lichen pilaris*, u którego na kończynach, zwłaszcza na dolnych, widać obok zmian liszajowatych dużo gęsto rozsianych plam wybroczynowych, które w spokoju po pewnym czasie zanikają, zaś po każdym nieco dłuższym ruchu występują. Ponieważ chory cierpiał na gościec stawowy, cierpienie to rozpoznano jako *purpura pheumatica*. Badanie, przeprowadzone w klinice wewnętrznej wykazało *phthisis pulmonum; haemophilia*.

Wreszcie przedstawia kol. Pacyna chorego z *ulcera tuberculosa linguae*, który ma liczne, bardzo bolesne i głębokie owrzodzenia po bokach języka i pod językiem, o brzegach poszarpanych. Badanie płuc wykazuje w szczytach rozległe nacieki. Choremu podano duotal wewnętrznie i zastosowano codzienne pędzlowanie zgęszczonym kwasem mlekowym. Skutek do tej pory mało wyraźny.

II. Kol. Krzyształowicz przedstawia dziewczynkę z dużem ogniskiem *trichophytia animalis* (kota) wielkości dłoni dziecka na pośladku prawym i starszą jej siostrę z takąż zmianą, znacznie rozleglejszą, na podudziu prawem i małem ogniskiem z samoprzeszczepienia na podudziu lewem. W obu przypadkach widać, zwłaszcza na obwodzie, bardzo wybitne pęcherzyki, a badanie drobnowidowe dało wynik dodatni.

Dalej przedstawia kol. Krzyształowicz chorą z *keratosis follicularis* pod pachami, pod sutkami i w pachwinach. Bardzo wybitny początkowo obraz zmienił się znacznie po użyciu pasty cynkowej.

III. Kol. Kwiatkowski przedstawia chorą z rozpoznaniem *lingua geographica*. Zarysy poszczególnych ognisk zmieniają się z dnia na dzień, co trwać ma już od lat siedmiu. Chora równocześnie cierpi na kiłę.

W dyskusyi nad tym przypadkiem biorą udział: kol. Mayzel, kol. Schwarz i kol. Steuermark.

Dalej przedstawia kol. Kwiatkowski chorą z bardzo wybitną i rzadszą formą *leucoderma colli*.

IV. W końcu kol. Krzyształowicz przedstawia preparaty z ropy rzeżączkowej, barwione metodą Pappenheima i Grama i zaznacza, że połączenie tych dwóch metod daje stanowczo wyraźniejsze obrazy od tych, jakie dawały metody dotąd używane.

Dr. Pacyna, sekretarz.

Sekcya nowosądecka Tow. lekarskiego galicyjskiego.

Dnia 6 maja 1903 r. zebrali się zaproszeni lekarze z N. Sącza w liczbie 7-miu w tutejszym szpitalu powszechnym na II-gie posiedzenie Sekcyi Tow. lekar. gal.

Na posiedzeniu tem odbyło się właściwe ukonstytuowanie się Sekcyi i dodatkowe zgodne oświadczenie się kolegów zamiejscowych, a należących do Tow. lek. gal., co do wyboru na przewodniczącego Dr. J. Filewicza, na zastępcę Dr. J. Siedleckiego, a na sekretarza Dr. Zielińskiego Edwarda.

I. Po odczytaniu protokołu z I-go posiedzenia, kol. Ameisen omówił interesujący przypadek śródbłoniaka opłucnej (*endothelioma pleurae*) u mężczyzny 24-letniego i demonstrował pod drobnowidem preparat, sporządzony w pracowni anatomo-patol. Prof. Browicza. W przypadku tym na 3 miesiące przed śmiercią wystąpiła znaczna duszność, brak łaknienia, ogólne osłabienie, krwawa plwocina i przesunięcie serca ku stronie prawej tak, że w końcu sięgało ono do linii pachowej prawej. W miejscu, gdzie było robione nakłócie, zaczęły wyrastać guzy pod skórą; jeden z nich został wycięty i przesłany do pracowni anatom. patol. w Krakowie celem zrobienia preparatów.

II. Kol. Siedlecki przedstawia: 1) Dwa przypadki gruźlicy stawów, leczonych metodą zachowawczą: jeden przez założenie opatrunku uciskowego i ustalającego, drugi przez wstrzyknięcie 20% zawiesiny jodoformu w glicerynie do stawu barkowego, z którego wypuszczono najpierw płyn surowiczo-ropny. W obu przypadkach wystąpiło znaczne polepszenie. 2) Wrzód obejmujący prawie całe podudzie lewe, leczony zapomocą pasty Haidenheina. Wrzód zmniejsza się i oczyszcza.

III. Kol. Zieliński przedstawia chorego szpitalnego z rozpoznaniem: Rana głowy po stronie lewej, krwotok mózgowy, porażenie połowicze po stronie prawej, niedowład pęcherza moczowego. Jestto przypadek sądowy, ciekawy ze względu na ogromną żywotność tkanek: rana na głowie 10 ctm. długa, sięgająca do kości, pomimo zdarcia opatrunku z głowy zrasta się w 48 godzinach tak, że opatrunek staje się zbyteczny. Chory w 3 dni odzyskał mowę, a po kilku dniach władzę najpierw w ręce, później w nodze. Dnia 14-go po doznanem obrażeniu mógł być przedstawiony na posiedzeniu i odpowiada na pytania, siedząc na stołku. Utracił jednak świadomość o całem zajściu, niewie, kto go bił, gdzie go napadnięto i t. d.

IV. Ostatnią chorą przedstawia kol. Siedlecki: Chora ta dotknięta wadą rozwojową, mianowicie brakiem pochwy. Z powodu bólów w dole brzucha i rosnącego guza, który odpowiadał powiększonej macicy, zgłosiła się do szpitala. Zrobiono sztuczną pochwę pomiędzy pęcherzem a odbytnicą, wypuszczono około $^1/_2$ litra płynu krwawego mazistego. Bole ustały, chora już raz w szpitalu miała miesiączkę. Sztuczną pochwę rozszerza się i tamponuje gazą; pochwa ta jednak okazuje dążność do zaciągnięcia się i powtórnego zrośnięcia.

Na tem posiedzenie zakończono. *Dr. Filewicz*, przewodniczący. *Dr. Zieliński*, sekretarz.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11. czerwca.

Z wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące doniesienie z prośbą o ogłoszenie:

I. Wydział Tow. samopomocy lekarzy uchwalił na posiedzeniu dn. 2 czerwca b. r. wpisać gremialnie wszystkich 432 członków Towarzystwa do Związku Tow. lek. austryackich (*Oesterreichischer Aerzte Vereins-Verband*) i to opłacając za nich wkładki roczne bez ich podwyższania. Przez to Towarzystwo samopomocy wchodzi do ogólnego związku Towarzystw austryackich; członkowie nasi, nie ponosząc żadnych nowych ciężarów, stają się zwyczajnymi członkami tegoż Związku, co dla organizacyi stanu lekarskiego ma doniosłe znaczenie, a nadto będą mogli korzystać z bogatej instytucyi zapomogowej dla wdów i sierót po lekarzach, istniejącej przy Związku, jak tylko rokowania w tym względzie przez Izbę lek. zachodnio-galicyjską przeprowadzone zostaną, co już w najbliższym czasie prawdopodobnie załatwionem będzie.

II. W ciągu maja b. r. przystąpili w dalszym ciągu do Tow. samopomocy lek. następujący nowi członkowie: Dobrzański Stefan (Dubiecko), Ławrowski Włodzimierz (Nisko), Łuszczkiewicz Józef (Sokal), Mantel Maurycy (Zbaraż), Oświecimski Szczęsny (Bochnia), Pertak Maryan (Ottynia), Salzman Joachim (Stary Sambor), Seidl Wacław (M. Ostrawa), Zanderer Maurycy (Nowy Sącz), Kreutz Jan (Stanisławów), Majewski Adam (Stanisławów) i Rubinstein Jakób (Stanisławów). Wogóle z poprzednio wykazanymi przybyło Towarzystwu od N. Roku 1903 trzydziestu trzech nowych członków.

III. Do »Kasy pogrzebowej« przy Tow. samopomocy lekarzy zgłosiło się zaraz w pierwszym tygodniu po rozesłaniu zawiadomienia o projekcie utworzenia jej 100 członków, przeto w myśl regulaminu Kasa pogrzebowa dla członków Tow. samop. lek. została obecnie otwartą. Mimo tego pożądane są dalsze zgłoszenia, gdyż im większą będzie liczba członków, o tyle większe będą świadczenia. Deklaracye na rozesłanych poprzednio blankietach przysyłać należy do sekretaryatu Tow. samop. lek. w Krakowie ul. Sławkowska 31.

IV. Komisya organizacyjna, wybrana przez wiec lekarzy lwowskich na których czele stoi jako prezes prof. Dr. Ziembicki, mając polecone opracowanie jeszcze w ciągu bieżącego miesiąca planu organizacyi wszystkich lekarzy w kraju, uchwaliła na ostatniem swem posiedzeniu, aby przedewszystkiem dążyć do oparcia organizacyi na istniejących już związkach organizacyjnych. W tym celu zaprosiła Towarzystwo samopomocy na wstępną konferencyę, która odbyć się ma we Lwowie dnia 14 czerwca b. r. Przedmiotem obrad, w których wezmą udział delegaci Wydziału Tow. samop., będzie omówienie potrzebnych zmian w statucie i dotychczasowej organizacyi Towarzystwa tak, aby działalność swą rozciągnąć mogło na cały stan lekarski w Kraju. Jest to myśl, która od samego początku istnienia Tow. samopomocy przyświeca jego założycielom, a która dotychczas z powodu obojętności części kolegów ziszczoną być nie mogła. Inicyatywę więc, w tym duchu podjętą teraz przez lekarzy lwowskich, wita Tow. samopomocy nader sympatycznie, a Wydział jego dołoży starań, aby jedynie racyonalne i skuteczne połączenie się wszystkich lekarzy naszych w jedną silną organizacyę jak najprędzej do skutku przyjść mogło.

Dr. Langie, I sekretarz.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, na wniosek przewodniczącego, uchwalono jednomyślnie wyrazić Radzie m. Krakowa podziękowanie za bezpłatne odstąpienie gruntu pod dom własny Towarzystwa. Następnie, po przedstawieniu chorego przez kol. Dr. Spirę i demonstracyi okazów anatom. przez kolegów: Prof. Ciechanowskiego i Dr. Glińskiego, odbył się odczyt kol. Dra. Frączkiewicza «O hedonalu«.

* „Wien. Ztg“ ogłasza nominacyę Dr. Wład. Kohlbergera na dyrektora Zakładu obłąkanych w Kulparkowie.

* Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego Dr. Tad Teodorowicza ze Stanisławowa do Lwowa.

* Rada administracyjna fundacyi hr. Skarbka mianowała lekarzem Zakładu sierót i starców w Drohowyżu Dr. Czesława Waligórskiego.

* W Berlinie zmarł Dr. Sachs, bakteryolog wiedeński, który pracował nad bakteryologią i seroterapią dżumy. Krótka choroba miała od pierwszej chwili zdradzać objawy ciężkiego zakaźnego zapalenia płuc tak, że odrazu podejrzywano dżumę płucną i odosobniono chorego oraz najbliższe jego otoczenie. Sekcya miała potwierdzić rozpoznanie dżumy.

* Między 20 a 26 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brzeżańskim (4 gm.), buczackim (1 gm.), czortkowskim (3 gm.), drohobyckim (4 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (3 g.), jaworowskim (5 gm.), limanowskim (1 gm.), lwowskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadwornianskim (1 gm.), peczeniżyńskim (2 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyskim (1 gm.), przemyślańskim (3 gm.), przeworskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), stryjskim (2 gm.), tarnowskim (2. gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (4 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XX (17—23—V). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 20, urodziło się dzieci 65, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 14 (5 zam.), z zapalenia płuc 10 (4 zam.), z krztuśca 1, z płonicy 5 (2 zam.), z cholery niemowląt 8 (1 zam.).

* »Wiener Allg. medic.« Zeitung donosi, że zgromadzenie delegatów Izby morawskiej postanowiło 14 głosami przeciw 4 podzielić tę Izbę na dwie sekcye: niemiecką i czeską i poleciło wydziałowi poczynić w tym celu odpowiednie kroki.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Hnátek mian prof. nadzwyczajnym polikliniki w Pradze. Prof. nadzwyczajny, Dr. Mosso, został mian. profesorem zwyczajnym farmakologii w Genui. Dr. Bézy — profesorem kliniki pedyatrycznej w Tuluzie.

Nekrologia. Zmarli: Aleksy Sawicki l. 42; Aleksander Rusiecki l. 39, oba lekarze w wojsku rosyjskiem. W Wilnie zakończył życie Dr. Piotr Zajączkowski, licząc lat 50.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 22. Robin: O wymiotach krwawych u tabetyków. Winiarski i Żenczykowski: Kilka przypadków wągrów i bąblowca mózgu, oraz uwagi o częstości różnych tasiemców w Warszawie (c. d.). Hertz: Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych (c. d.). Landau: Trzy przypadki połowiczego zaniku języka (ciąg dalszy).

— *Medycyna* Nr. 22. Maliniak: O wiciowcach w zawartości żołądka. Leśniowski: Przyczynek do chirurgii kiszek (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 6. Lewin: Walka z gruźlicą za pomocą sanatoryów ludowych swojskich. J. Jaworski: Klinika i pracownia klin. (dok.). Żurakowski: O pracowniach szpitalnych. Bieliński: Założenie Wydziału Lekarskiego w Warszawie.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 22. Stock: O léčeni tuberkulosy dle methody Landererovy (c. d.). Doskař: Připad rychlého oslepnuti u tabesu (dok.). Katholický: Příspěvky k poznani dědičnosti tuberkulosy (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 43. Barth i Michaux: Wstrzykiwania do pęcherza a prątek ropy błękitnej. Matton: Salies-de-Béarn — uzdrowisko kobiece.

— Nr. 44. Widal: Rozpoznawanie krwotoku opon mózgowych. Imbert: Choroby dróg moczowych. Sztuciec z narzędziami lekarza praktycznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22. Israel: Porażenie rdzenia wywołane mięsako-chrzęstniakiem trzonu VI kręgu piersiowego. Wyleczenie na drodze operacyjnej. Reckzech: O ciałkach Löwita w jądrach limfocytów i przy myelemii. Boas: Leczenie przewlekłego nieżytu kiszki grubej. Kaminer: Czy odczyn glikogenowy limfocytów ma znaczenie dla teoryi Miecznikowa. Senator: Rozpoznawanie schorzenia i wydolności nerek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 23. Escherich: Skuteczność surowiczego leczenia płonicy w wiedeńskiej klinice pedyatrycznej. Neurath: O jednym do tej pory nieuwzględnianym objawie krzywicy. Swoboda: Przypadek wzrostu karlego na podstawie niedorozwoju chrząstk owego. Schlöss: Przypadek paranoi dziecięcej. Teich: Nowy prosty opatrunek przy szczepieniu ochronnem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 22. Czerny: Martwica pęcherzyka żółciowego. Kehr: Chirurgiczne leczenie niedrożności przewodu żółciowego, wywołanej kamieniem lub guzem. Clemens: Przypadek zrostu osierdzia wyleczony operacyą Talmy. Habs: O zastoju Biera. Amberger: Kazuistyka kikutów podudzia nadających się do oparcia na szczudle. Bezold: Opis 4-ch przypadków operacyjnych z zakresu otyatryi: dwa nowotwory, 1 masa gipsowa w przewodzie usznym i 1 żółciołojak z ogniskiem ropnem i opuszczeniem się ropy do grzebienia łopatki i do obojczyka. Heermann: Ostra martwica wyrostka sutkowego i kości skalistej po płonnicy. Hansen: Przypadek przebiegu tętnicy szyjnej wewn. przez jamę bębenkową. Riedel: Przypadek śmiertelnej rany zadanej kopytem końskim. Rahn: Modyfikacya O' Dwyerowskiego rozszerzadła ust.

Redakcya otrzymała. Krokiewicz: Beitrag zur Lehre von der „Anaemia perniciosa progressiva idiopathica“. Dobrowolski St.: 1) Flora pochwy fizyologicznej. 2) O cytotoksynie łożyskowej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 17 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Ciechanowski będzie miał odczyt p. t. „Pneumatosis cystoides intestinorum“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 1502/1903. Jarosław, dnia 30 maja 1903.

KONKURS.

Wydział powiatowy Jarosławski rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Moszczanach.**

Do okręgu tego sanitarnego należy 18 miejscowości z ludnością 15 202 dusz.

Lekarz okręgowy pobierać będzie płacę z funduszów powiatowych 1000 koron i ryczałt na koszta podróży ustanowiony przez Wydział krajowy 600 koron rocznie.

Pobory te płatne są w ratach miesięcznych z góry.

Chcący uzyskać posadę lekarza okręgowego muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać warunki wymagane w § 7 i 8 ustawy z dnia 28 lutego 1891 Nr. 17. Dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych — mianowicie:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonania praktyki lekarskiej.

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Dostateczną fizyczną zdatność należy udowodnić świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego.

Obowiązki lekarza okręgowego są bliżej określone w instrukcyi służbowej nadanej na zasadzie § 14 ustawy krajowej Nr. 83 dziennika ustaw i rozporządzeń krajowych z dnia 31 grudnia 1891 roku.

Prócz tego będzie miał lekarz okręgowy obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieć pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Zauważa się przytem iż w Moszczanach utrzymują Siostry Miłosierdzia szpital.

Podania należy wnosić najpóźniej do 20 lipca 1903 do wydziału Rady powiatowej w Jarosławiu. Posada nadana zostanie tymczasowo na rok jeden, po upływie którego nastąpić może stabilizacya.

Z Wydziału Rady powiatowej.